

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Presentación de un caso de Esquizofrenia en el servicio de admisión
de un Hospital Neuropsiquiátrico.

Autor: Antonella María Victoria Salerno.

Tutor: Dr. Eduardo Leiderman.

Índice

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	OBJETIVOS.....	2
2.1	Objetivo General	2
2.2	Objetivos Específicos	2
3.	MARCO TEÓRICO	3
3.1	Esquizofrenia.....	3
3.1.1	Perspectivas sobre el concepto de esquizofrenia	4
3.1.2	Sintomatología de la esquizofrenia	5
3.1.3	Clasificación de la esquizofrenia	7
3.1.4	Diagnóstico	8
3.1.5	Motivo de consulta.....	11
3.2	Servicio de Admisión en el Hospital Neuropsiquiátrico	12
3.3	Ley de Salud Mental	14
3.4	Tratamientos en pacientes con esquizofrenia.....	16
3.4.1	Dificultades en el tratamiento de la esquizofrenia	17
3.4.2	Abordaje farmacológico.....	19
3.4.3	Abordaje psicoterapéutico	21
3.4.4	Alianza Terapéutica	25
4.	METODOLOGÍA	27
4.1	Tipo de estudio	27
4.2	Participantes	27
4.3	Instrumentos	27
4.4	Procedimiento.....	28
5.	DESARROLLO.....	28
5.1	Introducción al caso	28
5.2	Identificar la sintomatología y diagnóstico del paciente	30
5.2.1	Sintomatología	30
5.2.2	Diagnóstico	32
5.3	Descripción del motivo de internación, de los criterios utilizados para la internación del paciente y su vinculación con la Ley de Salud Mental	34
5.4	Descripción del abordaje farmacológico y del terapéutico implementado	38
6.	CONCLUSIÓN	45
6.1	Resumen del caso	45
6.2	Limitaciones	46
6.3	Perspectiva crítica y aporte personal	47
6.4	Nuevas líneas de investigación	52
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53

1. Introducción

El trabajo que se presenta describe el tratamiento implementado en el servicio de admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico Público, a un joven de 23 años diagnosticado primariamente con esquizofrenia.

Este servicio de salud, realiza un trabajo fundamentalmente interdisciplinario y se encuentra organizado en cinco equipos integrados por psiquiatras y psicólogos, quienes deberían brindar una correcta evaluación y atención, a personas que estén experimentando sintomatología aguda de un cuadro psicopatológico; debiendo cumplimentar con los correspondientes criterios de internación conforme lo estipulado por la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010). Los equipos del área de internación realizan las admisiones de los pacientes que ingresan por guardia, planifican las estrategias terapéuticas adecuadas a cada caso, entrevistan a los familiares y/o allegados, solicitan los exámenes complementarios y las interconsultas que sean necesarias.

Se espera que una vez superada la urgencia, el equipo programe el alta hospitalaria evaluando si el paciente está en condiciones de reinsertarse socialmente; y en el caso de que el paciente no evolucionara favorablemente, es derivado a los otros servicios del hospital para continuar con su tratamiento.

La descripción del caso, se ha llevado a cabo en el marco del cumplimiento de una actividad académica obligatoria, perteneciente a la licenciatura de psicología. Como tal, es parte de una asignatura curricular, cuyo objetivo didáctico es que mediante el cumplimiento de una cierta cantidad de horas, el alumno observe y aprenda de la labor, en este caso, hospitalaria. Por lo tanto, lo escrito a lo largo del trabajo, es la resultante de dicho aprendizaje. Durante esta experiencia de las prácticas profesionales, se han llevado a cabo actividades como la participación en la entrevista de evaluación (primera entrevista), entrevistas de seguimiento, evolución supervisada de su historia clínica, y acompañamiento en su externalización.

El interés en realizar esta descripción, surge de la observación y de las intervenciones realizadas durante el caso, además del vínculo terapéutico establecido durante el periodo de internación involuntaria que debió cumplir el paciente.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Describir el tratamiento durante la internación involuntaria de un paciente de 23 años con esquizofrenia en un Hospital Neuropsiquiátrico Público.

2.2 Objetivos Específicos

- Describir la sintomatología y diagnóstico de un paciente de 23 años en un Hospital Neuropsiquiátrico Público.
- Describir el motivo de internación, los criterios utilizados para la internación del paciente de 23 años y su vinculación con la Ley de Salud Mental en el servicio de admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico Público.
- Describir el abordaje farmacológico y terapéutico de un paciente de 23 años durante su internación en un Hospital Neuropsiquiátrico Público.

3. Marco Teórico

3.1 Esquizofrenia

La esquizofrenia, según Durand y Barlow (2007), es un trastorno que inevitablemente desemboca en un efecto devastador en la vida de quien la padece y en su entorno. Debido a su complejidad, presenta una amplia gama de disfunciones cognitivas y emocionales que comprenden delirios y alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento desordenado y emociones inapropiadas. Por otro lado, se caracteriza por ser un trastorno psicótico crónico, grave y deteriorante a nivel cognitivo, como ya se ha indicado, e invalidante a nivel social (Sadock & Sadock, 2012), de hecho, la Organización Mundial de la Salud (2015), de ahora en más OMS, la categoriza como una discapacidad y fundamenta la misma debido a las consecuencias que su padecimiento tiene sobre el individuo en su funcionamiento social, académico y productivo. Asimismo Henri Ey (1978) la define, como un conjunto de trastornos en los que dominan la discordancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes y las alucinaciones mal sistematizadas y perturbaciones afectivas profundas, en el sentido del desapego y de la extrañeza de los sentimientos – trastornos que tienden a evolucionar hacia un déficit y hacia una disociación de la personalidad.

Cabe destacar que la información estadística de la OMS (2015) establece que más de 21 millones de personas están afectadas por esta enfermedad, a nivel global, dando un índice de morbilidad de 0,4 %.

Según Rebolledo y Lobato (1999) esta enfermedad puede manifestarse en la niñez, finales de la adolescencia e incluso en personas mayores, aunque como también lo menciona la OMS (2015), dicho trastorno, en general, aparece al final de la adolescencia.

Rebolledo y Lobato (1999) afirman que, en los casos en donde la esquizofrenia tiene un comienzo brusco y sorprende a las personas durante su vida habitual, estos comienzos dictaminan un mejor pronóstico y evolución.

Por lo previamente mencionado, se considera a la esquizofrenia como uno de los trastornos más estigmatizados, y la exclusión que padecen las personas con esta patología interfiere tanto en su tratamiento como en su pronóstico, así como también perjudica a sus familiares y amigos. Dicha exclusión es causada por la ignorancia colectiva en cuanto a la peligrosidad e inestabilidad asociadas a los enfermos mentales, por esto se considera importante que la sociedad tome medidas con la finalidad de incrementar la calidad de vida

de los afectados y, a su vez, promover la concientización de la enfermedad (Lolich & Leiderman, 2008).

Para abordar un entendimiento amplio de la esquizofrenia, se debe considerar un recorrido histórico sobre las perspectivas existentes de la misma.

3.1.1 Perspectivas sobre el concepto de esquizofrenia

En el año 1899 Kraepelin, consideró al cuadro como un síndrome cerebral distinto a los otros existentes en la época, subdividiendo a los síntomas fundamentales (repliegue afectivo, perturbación del curso del pensamiento y del razonamiento, indiferencia y falta de voluntad) de los síntomas accesorios (alucinaciones, ideas delirantes, automatismos gestuales, impulsiones); asimismo, agrupaba a la catatonia y la hebefrenia como subtipos de la misma patología (Caballero Moreno, 2011), diferenciando a la demencia precoz de la enfermedad maniáco-depresiva (actualmente trastorno bipolar). Advirtió también, los numerosos síntomas que compartían con la demencia precoz: alucinaciones, delirios, negativismo y comportamiento estereotipado (Barlow & Durand, 2007).

Bleuler (1911/2011) fundó el concepto de esquizofrenia que luego es explicado por Durand y Barlow (2007) como la combinación de las voces griegas para escisión (*esquizo*) y mente (*fren*). Asimismo, Bleuler sostenía que la dificultad de mantener la congruencia en el pensamiento, era característica básica de este trastorno (Barlow & Durand, 2007).

Sin embargo, y a pesar de no hallarse un único modelo de la fisiopatología de la enfermedad, Stevens, Prince, Prager y Stern (2014) sostuvieron que la combinación de factores genéticos y/o anormalidades en el neurodesarrollo contribuyen para la aparición posterior de la esquizofrenia, con una mayor vulnerabilidad.

Se observa en estudios farmacológicos e imágenes cerebrales una disfunción en la neurotransmisión de la dopamina durante la génesis de los síntomas psicóticos. Sin embargo, la disfunción de la dopamina no alcanza para explicar la gama completa de características clínicas de la enfermedad. Asimismo, una perturbación de la función del glutamato también contribuye a los procesos biológicos que subyacen en la esquizofrenia, particularmente la disfunción cognitiva (Owen, Sawa, & Mortensen, 2016).

En nuestros tiempos, se utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de ahora en más DSM, siendo este, un sistema de clasificación de la conducta anormal basado en criterios empíricos, que es necesario para el progreso de la psicopatología, la psiquiatría y, en general, de la psicología clínica (Sandín, 2014).

La versión vigente es la quinta, conocida como DSM 5 (Sandín, 2014). En él, se han eliminado los tipos de esquizofrenia clasificados anteriormente debido a su poca fiabilidad y validez; esto quiere decir que los subtipos han sido omitidos con el fin de integrar la heterogeneidad de los tipos y gravedad de síntomas dando como resultado un enfoque multidimensional (APA, 2013).

En consecuencia, como se ha observado, el concepto de esquizofrenia, es un concepto que se encuentra en permanente replanteamiento (Cutting & Shepherd, 1987) y, según la OMS (2015), abordado desde varias perspectivas, lo cual puede justificar el hecho de que los pacientes no reciban un tratamiento uniforme (Sadock & Sadock, 2012).

Para arribar a una conceptualización pertinente, se debe tener en cuenta la sintomatología que presenta una persona que padece esquizofrenia. Por lo tanto, se desarrolla la misma en el apartado siguiente.

3.1.2 Sintomatología de la esquizofrenia

Es preciso diferenciar el término síntoma del signo clínico. El primero, según Stahl, Muntner y Grady (2010) es la referencia subjetiva que da un paciente por la percepción o cambio que puede reconocer como anormal, o causado por un estado patológico, o enfermedad; es un aviso útil de que la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico, social o combinación de las mismas. El signo, por otro lado, es cualquier manifestación objetivable consecuente a una enfermedad o alteración de la salud, que se hace evidente en la biología del paciente; siendo la semiología clínica, la disciplina de la que se vale el profesional para indagar, mediante el examen psicofísico del paciente sobre los diferentes signos que pueda presentar. Un signo clínico es un elemento clave que el profesional puede percibir en un examen físico, en contraposición a los síntomas que son los elementos subjetivos, percibidos sólo por el paciente.

Marcada la anterior diferenciación, cuando se utiliza el término esquizofrenia, se está describiendo un conjunto de trastornos psiquiátricos significativos que alteran la percepción, el pensamiento, el afecto y el comportamiento de un individuo. Cada una de las personas que sufren de éste trastorno tiene una única y propia combinación tanto de síntomas como de

experiencias, ya que están influenciados por sus propias circunstancias particulares (Machado & Morales, 2013).

Según lo afirma Quintero, Barbudo, López y López (2011), la esquizofrenia es un trastorno que aparece en forma aguda y luego se cronifica, implicando una variedad de disfunciones emocionales, cognitivas y comportamentales que llevan un cambio cualitativo en el desarrollo (Petkari, 2010). Este trastorno abarca la totalidad de las capacidades: pensar en forma creativa, tener relaciones sociales cercanas, utilizar el lenguaje y expresar ideas con claridad o experimentar y expresar una variedad de emociones (Orellana & Slachvsky, 2006). Asimismo, Bhugra (2010) coincide con los autores anteriores, y agrega el deterioro del funcionamiento personal, observando problemas de memoria, y concentración, aislamiento social, comportamiento inusual, comunicación perturbada, ideas extrañas, experiencias perceptivas, reducción del interés y de motivación para las actividades diarias, ratificando en el individuo la incapacidad de mantener su forma de vida cotidiana. Pérez (1999) observa además que el pensamiento suicida aumenta debido a la desintegración de la personalidad.

De la misma manera, cuando el paciente se estabiliza, Burns (2006) plantea que la principal causa de sufrimiento es el apercibimiento de su propia incompetencia, sintiendo su extrañamiento en el contexto social lo que le impide responder a las señales, y de enfrentar las situaciones de estrés. Además, Orellana y Slachvsky (2006) sostienen que a los pacientes afectados con esquizofrenia se les imposibilita retomar su vida habitual.

A grandes rasgos, los profesionales de salud mental, suelen agrupar la sintomatología en dos grandes grupos, siendo los positivos una exageración de una función normal y los negativos un déficit u ausencia de una función normal. Esta distinción entre los síntomas positivos y negativos ha probado ser la más duradera de las clasificaciones recientes para la esquizofrenia (García Montes & Pérez Alvarez, 2002).

La OMS (2015) indica que los síntomas positivos, compuestos por ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado y extravagante (OMS, 1992) prometerían un mejor pronóstico de la enfermedad mientras que, los síntomas negativos, caracterizados por el aplanamiento afectivo o insociabilidad, alergia o abulia, serían de peor pronóstico e implicarían grandes deficiencias en las áreas que implican el habla, y la motivación (OMS, 2015).

En lo que respecta a las alucinaciones, se pueden clasificar en auditivas, cenestésicas, olfatorias y visuales. Las auditivas suponen ser voces masculinas o femeninas que le hacen al sujeto comentarios desagradables, las mismas refieren a una sintomatología más grave y también pueden escuchar ruidos o música. Por otro lado, las alucinaciones cenestésicas se

relacionan con sensaciones de quemazón, hormigueos y cambios del tamaño del cuerpo. Las alucinaciones visuales pueden manifestarse como formas, personas o colores (Sadock & Sadock, 2012).

En cuanto a los delirios, es importante poder diferenciarlo de una creencia firme, ya que en ciertas ocasiones no resulta fácil de hacerlo. La distinción de un delirio con una creencia firme depende del nivel de convicción que el individuo mantiene sobre su creencia a pesar de que los hechos reales manifiesten lo contrario (APA, 2013). Con respecto a las ideas delirantes, Jiménez, Ramos y Sanchís (1995) agregan que el delirio de tipo religioso místico implica cierta preocupación por parte del paciente en cuanto a sus ideas religiosas.

García y Pérez (2003), explican también que los síntomas en la esquizofrenia pueden entenderse como conductas que se derivan de la interacción persona- situación, por lo tanto, el paciente que lo sufre se caracteriza por su poca sociabilidad, ensimismamiento, episodios psicóticos y un deterioro gradual de su persona, en el ámbito familiar, escolar y laboral (Secretaría de Salud de México, 2002). Vicens (2006) afirmaría que el consumo de tóxicos habitual agravaría la conducta violenta del paciente esquizofrénico.

Dada la ya mencionada heterogeneidad de los tipos y gravedad de síntomas con los que la esquizofrenia se presenta, a continuación se describe la clasificación de la misma.

3.1.3 Clasificación de la esquizofrenia

En concordancia con lo expresado por Spitzer, Endicott y Robbins (1978), el objetivo de una clasificación, se define en relación a aquello que quiere ser clasificado. Los objetivos de una clasificación de los desórdenes mentales, siempre deben apuntar, en un sentido amplio a la comunicación, al control y a la comprensión.

Una clasificación de las enfermedades mentales, debe permitir, que aquellos que la usan, se puedan comunicar en forma expedita acerca de dichos trastornos. Esto significa, usar nombres de categorías, que resuman y denoten ciertos rasgos y características sobre los cuales existe sin duda común acuerdo, y que de otra manera requerirían el uso de una interminable enumeración de términos (Capponi, 1987).

El control de una enfermedad mental, apunta, a la capacidad, ya sea para prevenir su presentación, o para modificar su curso con un determinado tratamiento. Por esta razón, el control, es el objetivo más importante de una clasificación de las enfermedades psiquiátricas (Capponi, 1987).

Debido a los significados tan diversos que el término psicosis ha adquirido, se imposibilita una definición única, y con ello una clasificación específica. Sin embargo, es utilizado en el quehacer cotidiano, y los sistemas diagnósticos actuales lo proponen como un término descriptivo y generalmente adjetivo. Reduciendo el síntoma psicótico a la presencia de ideas delirantes, de alucinaciones o de comportamientos desorganizados (Henri Ey, 1978).

Este síntoma, aparece en diversas categorías diagnósticas. Por lo tanto es muy complejo saber qué relación guarda con conceptos intrincados y elaborados dificultosamente a lo largo de la evolución de la psiquiatría (Henri Ey, 1978).

Mencionado lo anterior, actualmente el autor Sandin (2014) explica que los tipos de esquizofrenia vigentes hasta la publicación del DSM 5 eran los tipos paranoide, desorganizado (o hebefrénico), catatónico e indiferenciado. Los tres grandes tipos (categorías) clásicos de esquizofrenia (hebefrenia, paranoide y catatónica), que han prevalecido hasta estos momentos, definidos por el ya mencionado Kraepelin (1899). Aunque este manual mantiene la idea tradicional postulada por Kraepelin, descarta la validez y utilidad clínica de estas entidades psiquiátricas. Así, los tipos de esquizofrenia presentes en el DSM IV, fueron eliminados debido a que exhibían una limitada estabilidad diagnóstica, baja fiabilidad y pobre validez (APA, 2013). En su lugar, el manual proporciona una escala de estimación de la gravedad de las dimensiones de síntomas centrales de la esquizofrenia, (cinco dimensiones básicas: delirios, alucinaciones, pensamiento/lenguaje desorganizado, conducta psicomotora anormal, y síntomas negativos) para así poder capturar la variabilidad en los tipos de síntomas (Sandin, 2014).

3.1.4 Diagnóstico

Para comprender el procedimiento que los profesionales de salud mental llevan a cabo al diagnosticar un paciente, es preciso comprender que dichos profesionales, suelen obtener del mismo un conjunto de hechos psicopatológicos, a modo de signos y síntomas, agrupándolos en síndromes, para enseguida ubicarlos en un diagnóstico nosológico preciso. La dificultad que se presenta a la hora de evaluar a un sujeto y sus capacidades mentales, es que esa evaluación contiene un componente subjetivo, y su valor de verdad proviene del consenso que se logre por parte de los especialistas que han observado previamente el fenómeno (Capponi, 1987).

En su manual de psiquiatría Henri Ey (1978) describe que la percepción clínica de un paciente esquizofrénico, presenta signos evidentes para la decodificación del profesional

tratante, siendo la percepción, el acto en el que se toma conocimiento de los datos sensoriales que el paciente comunica. De manera que es un mecanismo a través del cual, el especialista adquiere información de quien le consulta. El autor menciona, que las características propias de un paciente esquizofrénico suelen ser las conductas bizarras inoportunas, fuera de lugar, inesperadas y habitualmente grotescas. O en la vestimenta sobrecargada, chillona, mal combinada, no apropiada para la ocasión, exagerada o grotescamente insinuante. A su vez, también agrega, que debido a una perturbación del impulso del autocuidado, surge una actitud negligente con falta de conductas higiénicas y de cuidado personal, y que en ocasiones, el cuadro puede presentar manierismos, concepto que explica un trastorno de la psicomotricidad en el cual los actos motores pierden su normal simplicidad y espontaneidad debido al agregado de movimientos innecesarios que complican su ejecución y le dan un carácter barroco (Henri Ey, 1978).

Dicho lo anterior, en general, cuando se realiza un diagnóstico de trastorno mental, este conlleva la identificación de un síndrome asociado con un deterioro del funcionamiento laboral o social (APA, 2014) que, siguiendo con las directivas de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010), sólo podrá deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria.

A saber, el instrumento más utilizado para realizar un diagnóstico y evaluación por profesionales actualmente es el DSM (Echeburúa, Salaberría & Cruz-Sáez, 2014); que actualmente en su versión 5 establece que se debe diagnosticar a un cuadro de esquizofrenia siempre que se presenten dos o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Según Baringoltz y Levy (2015), este modelo de clasificación ha influido positivamente para lograr un lenguaje compartido, precisar la descripción de entidades psicopatológicas y establecer mayor rigurosidad en el diagnóstico diferencial, sin embargo, en la actualidad se están cuestionando los programas manualizados para favorecer diagnósticos más complejos y estrategias de tratamiento más flexibles, en concordancia con Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez (2014), quienes también consideran las ventajas de un diagnóstico inicial que permita elegir objetivos y ruta a seguir, evitando etiquetas rígidas que no permitan cambiar la dirección del proceso terapéutico. La experiencia muestra que los diagnósticos de cuadros psicopatológicos puros no existen; la nomenclatura del DSM es útil

pero restringida, que permite el mencionado dialogo en común, pero empobrece el conocimiento del paciente cuando se le establece un rotulo (Baringoltz & Levy, 2015).

En este punto, cabe agregar lo que los autores Drake, Xie, McHugo y Green (2000) establecen en cuanto a la comorbilidad de la esquizofrenia con el trastorno por consumo de sustancias, ellos sostienen que es muy común, de hecho hasta puede pasar desapercibido, y que se asocia con una variedad de consecuencias graves, tales como recaídas, hospitalizaciones, violencia y disminución del funcionamiento en general. De cualquier manera, el trastorno psicótico inducido por sustancias, puede distinguirse por la relación cronológica entre el uso de la sustancia y su inicio y, por la remisión de la psicosis en ausencia del uso de dicha sustancia (APA., 2014).

Es por lo previamente dicho que, inicialmente, los prestadores de servicios de salud deben excluir la posibilidad de que una enfermedad orgánica o un trastorno por abuso de sustancias sea la causa subyacente de los síntomas psicóticos. Según la APA (2014) la tasa de comorbilidad de la esquizofrenia con los trastornos relacionados con el consumo de sustancias es elevada y también, cada vez se hace más frecuente el reconocimiento de la comorbilidad con trastornos de ansiedad. A su vez, Baringoltz y Levy (2015) sostienen que es necesario que el terapeuta muestre una actitud libre de juicios valorativos con respecto al consumo ya que esto facilita la detección y el tratamiento. Stevens, Prince, Prager, y Stern (2014) informan que el neurotransmisor más comúnmente implicado en la fisiología de la esquizofrenia es la dopamina, las drogas que incrementen la actividad de los receptores dopaminérgicos pueden inducir y acentuar los episodios psicóticos. El cannabis es la droga ilícita más consumida por las personas que sufren de esquizofrenia, por lo tanto, es relevante determinar si el consumo de cannabis induce la esquizofrenia en individuos que presentan vulnerabilidad genética y exhiben síntomas prodrómicos como base (Radhakrishnan, Wilkinson, & D'Souza, 2014).

Por lo mencionado hasta el momento, es importante que a los pacientes psicóticos agudos se los evalúe sin dilación, teniendo en cuenta que puede haber agitación y falta de cooperación. Se debe hacer que el paciente participe en un diálogo junto con los miembros de la familia y de los amigos (OMS, 2015).

Por esto, el equipo interdisciplinario debe hacer una evaluación completa para realizar un diagnóstico certero de esquizofrenia y poder así, intervenir a tiempo al paciente con el trastorno y saber reaccionar con prudencia y normalidad ante la sintomatología psicótica (García & Pérez, 2003). Para realizar el diagnóstico de la esquizofrenia, el profesional debe tener en cuenta la historia del desarrollo del síndrome, realizar una buena entrevista clínica y

la observación de las conductas del mismo; además de tener en cuenta que hay que observar y documentar detalladamente los signos, síntomas y la evolución, para tratar de diferenciarlos de otros trastornos (esquizoafectivo, esquizofreniforme, bipolar) (APA, 2003). Es por esto que Stevens, Prince, Prager y Stern (2014) agregan que hay que prevenir a los profesionales acerca de los factores culturales, intelectuales y de desarrollo, que influyen y que deben ser tenidos en cuenta durante el diagnóstico.

Finalizando este apartado, cabe mencionar que realizar un diagnóstico, implica un acto de discernimiento ético, de por si complejo y profundo, en donde se deben conjugar objetividad y subjetividad (Capponi, 1987).

El diagnóstico entonces, sobre la anormalidad de tal o cual sujeto, se basa en un análisis de sus posibilidades de decidir y vivir con libertad, dadas las condiciones y circunstancias en las que se desarrolla. Además de poseer conocimiento técnico, se requiere del profesional que lo realice, de un acercamiento a un número complejo de variables, las que deben ser vivenciadas por el mismo, quien ha ido afinando su propia capacidad enjuiciadora, a través de la influencia de quienes lo han formado, en el continuo compartir con los demás profesionales que se empeñan en su misma actividad, en el cultivo y desarrollo de su propia existencia, que lo conduzca a una praxis ética consistente, y en la elaboración intelectual honesta de la categoría ética, la cual se inspira en fundamentos filosóficos que no debería desconocer (Capponi, 1987), por ello Baringoltz y Levy (2015) mencionan que si una precisión diagnóstica no cierra durante las primeras entrevistas con el paciente, es preferible dejarla abierta y no tratar de definir forzosamente, entendiendo que a veces sus familiares presionan al profesional para obtener un diagnóstico porque esto les da seguridad, y a veces, a los profesionales les sucede lo mismo.

Igual de importante es considerar la diferencia entre un fenómeno aislado y un fenómeno en el contexto del sujeto. Al estudiar fenómenos psicológicos aislados se cataloga como normal o como patológico, en donde el criterio que subyace a tal división es solo estadístico, entonces se considera que aquellos fenómenos psicopatológicos, son degradadores de la vida del paciente, y lo contrario para los fenómenos normales.

Pero el juicio definitivo será un juicio de contexto (Capponi, 1987).

3.1.5 Motivo de consulta

Se puede definir al motivo de consulta como el problema que el consultante eligió como más importante o más urgente. En este proceso hay una co-construcción del motivo de

consulta entre terapeuta y paciente, donde se entrelazan componentes cognitivos y afectivos; el profesional modifica la queja inicial contextualizándola y focalizándola hasta convertirla en un motivo de consulta, cabe destacar que siempre es conveniente expresarlo en términos de conductas específicas evaluables (Baringoltz & Levy, 2015).

Se pueden citar una serie de factores tácitos y no tácitos que influyen en la capacidad que tiene el terapeuta para persuadir al paciente en el proceso de aceptación del motivo de consulta; alguno de estos comprenden: el nivel de confianza que tiene el paciente en el terapeuta (sus referencias, su edad, su tono de voz, apariencia, etc.), su poder de racionalización, su capacidad para entrar en sintonía afectiva y por último, sus habilidades para poder identificar su problema y guiarlo hacia nuevas perspectivas (Safran & Muran, 2000).

El terapeuta puede hacer el ejercicio de tratar de identificar cuáles de estos factores puede modificar, con el objetivo de entrenarse específicamente; asimismo, es interesante para el identificar cuáles de estos factores no puede modificar para no invertir recursos en los mismos (Bordin, 1979).

3.2 Servicio de Admisión en el Hospital Neuropsiquiátrico.

Actualmente en el ámbito hospitalario los casos de esquizofrenia u otras psicosis son detectados, diagnosticados y tratados por los profesionales de atención primaria. En los casos de sospecha clínica, se hace necesario disponer de un adecuado mecanismo de intercambio de información con el equipo interdisciplinario, mediante la interconsulta o con otros procedimientos alternativos. Este intercambio de la información es crucial y, a partir de aquí, se deben diseñar estrategias que permitan tratar con precocidad los casos detectados (Tizon et al., 2007).

La forma de recepción que se implementa para con los pacientes, la maneja el servicio de admisión, el mismo utiliza para registrar un motivo de consulta y elaborar un diagnóstico presuntivo a fin de decidir, tanto si corresponde el ingreso al servicio, como su posterior tratamiento (Rubistein, 1996).

La experiencia del ingreso en el área de admisión de un neuropsiquiátrico es compleja. Jankovic et al. (2011) sostienen que la situación genera sentimientos contradictorios al sentir alivio, por la atención, a la par que preocupación, por el desconocimiento del funcionamiento hospitalario. Algunos familiares de pacientes internados en unidad de agudos suelen percibir una fuerte estigmatización por parte de la

unidad según la atención dada por los profesionales (Runte Geidel, 2005). En este aspecto, debe tenerse en cuenta que el trabajo con personas especialmente vulnerables y, con frecuencia, altamente vulneradas, requiere tener siempre presente la dimensión de lo humano y, en consecuencia con ello, el respeto, la dignidad y la ética del cuidado como el sostén (Sennett, 2003).

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

El servicio de admisión, entonces, se ocupa de la emergencia y, si correspondiera, la internación, o dar el alta a los pacientes con su correspondiente atención ambulatoria. La conformación de los equipos de trabajo es interdisciplinaria, siendo un total de cinco equipos integrados por psiquiatras y psicólogos que realizan su trabajo con los pacientes internados y sus familiares y/o allegados.

Durante la evaluación en la urgencia, siempre debe descartarse que el síndrome de alteración mental corresponde a una manifestación de problemas orgánicos y se debe comenzar por determinar si existe riesgo de muerte o de conducta violenta (Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud de Chile, 2008).

En la entrevista, el profesional prestará atención a si existiera extravagancia en la vestimenta y/o maquillaje, si los contenidos del discurso son coherentes o presentan disgregación, se investigará en la orientación alo y auto psíquica, con preguntas simples como el nombre del paciente, la fecha y en qué lugar se encuentra. También deberá indagarse si existió consumo de alcohol u otras drogas dentro de las últimas 72 horas, preguntar por el estado de ánimo e ideas suicidas y por situaciones que puedan estar afectando al paciente (Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud de Chile, 2008).

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

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

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

3.3 Ley de Salud Mental

Es importante comenzar este apartado destacando que en las disciplinas de salud mental son pocos los que cuestionan la utilidad del concepto enfermedad, y que se debe entender que el acto de calificar a alguien como sano o enfermo, normal o anormal, es un acto ético, un juicio valorativo. Es este juicio el que denota el compromiso de las posibilidades de moverse con flexibilidad y libertad por parte del sujeto. Es un juicio que subraya diferencias entre unos y otros, valora al que posee más libertad por sobre los que la tienen en menos, y llama la acción de ayuda por parte de unos como a la superación por parte de los otros, todo esto en un marco de valores, o sea en un referente axiológico (Capponi, 1987).

Dicho lo anterior, se entiende que el eje de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, aprobada y promulgada al final del año 2010 en Argentina, fuesen los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales y con uso problemático de drogas, y que sus capítulos y artículos giren en base a estas nociones y, por lo tanto, impliquen un paradigma alternativo al manicomial (Zaldúa et al., 2011). Que se repiense el origen del acto de ayuda, del acto de cura, aquello en lo cual se justifica el quehacer del profesional de la salud mental (Capponi, 1987).

Para introducirse en el conocimiento de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 es relevante que se entienda que en su construcción participaron organizaciones colectivas de beneficiarios, familiares, profesionales, gremiales y políticas; promoviendo abordajes

interdisciplinarios e intersectoriales y la modalidad de gratuidad, equidad e igualdad frente a las desigualdades sociales. Garantizando también, asistencia legal, revisión y excepcionalidad de las internaciones prolongadas y el consentimiento informado, así como el derecho a tomar decisiones vinculadas al tratamiento y rehabilitación e integración en la comunidad (Zaldúa et al., 2011).

En un relevamiento realizado en el año 2011 (Di Nella et al., 2011) se describió la distribución de camas disponibles para la salud mental en Argentina, en hospitales monovalentes, hospitales polivalentes y dispositivos comunitarios; concluyendo que las internaciones en salud mental se realizan mayoritariamente en hospitales monovalentes, con el riesgo a la habituación institucional que ello conlleva. Asimismo, si bien para el año 2011, en la Ciudad de Buenos Aires se evidenciaba una disminución en la cifra de judicialización de las internaciones, se observó, paralelamente, un aumento de procesos por insania e inhabilitaciones (CELS, 2012). Estas consideraciones ponen de relieve que el sistema de justicia continúa sosteniendo la principal política estatal hacia las personas con sufrimiento mental: la internación y la restricción de sus derechos.

Por lo tanto, la implementación de la Ley, requiere profundizar procesos participativos que superen obstáculos político-financieros, técnico-corporativos e ideológicos para el reconocimiento del derecho a la salud mental, sin estigmatización y discriminación de las personas con sufrimiento mental (Zaldúa et al., 2011).

Dicho lo anterior, se espera según la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010) que el equipo que se desempeñe en el servicio de admisión deba estar conformado en base a los principios establecidos en función de que el diagnóstico cumpla con el requisito de ser producto de un abordaje interdisciplinario e integral.

En el intento por sostener y garantizar, ante todo, la libertad de las personas, la misma Ley (Ley N° 26.657, 2010) amparada posteriormente por el Plan de acción integral sobre salud mental 2013 –2020 (OMS, 2013), define dos modalidades de internación: 1) Voluntaria: en cuyo caso la persona puede decidir por sí misma su internación; 2) Involuntaria (que se desarrollan en la guardia y en el servicio de admisión): requiriendo, dentro de las 48 hs del ingreso, un informe interdisciplinario e integral con la evaluación y los motivos que justifiquen la internación, la búsqueda de datos acerca de la identidad de la persona y el consentimiento informado firmado por el paciente o su representante legal si correspondiera. Esta modalidad de internación se da única y estrictamente en los casos de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros/as (Ghioldi, 2010) entendiéndose por riesgo cierto e inminente “a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como

verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros” (Decreto Reglamentario 663/2013. Boletín Oficial de la Nación 05/05/2013). Ahora bien, Ghioldi (2010) explica que la formación profesional, no incluye a la temática de la seguridad, y que tampoco instruye cómo se ha de reaccionar frente a un violento, ni cómo sujetarlo, ni cómo se reducen a las personas agresivas, sin embargo, es a esos profesionales a los que luego se les da intervención, como los mayores expertos en peligrosidad del sistema.

3.4 Tratamientos en pacientes con esquizofrenia

Los aspectos de la esquizofrenia que abarcan la disfunción cognitiva y ocupacional, se tratan en general en el hospital de día y centros de rehabilitación psicosocial, a través de tratamientos farmacológicos combinados con psicoterapia y terapia ocupacional, pero las disfunciones psíquicas deficitarias (embotamiento afectivo, distanciamiento emocional, apatía, alogia, anhedonia, falta de iniciativa, etc.), se resisten a casi cualquier tipo de tratamiento, apareciendo aquí la cronicidad del trastorno (Sanz & Del Rio, 2010). Además, se debe considerar que una de las características más destacadas de este trastorno, es la falta reconocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes esquizofrénicos (Haro et al., 2001).

Solórzano, Padrós & González (2011) afirman que las intervenciones psicológicas realizadas en combinación con el tratamiento psicofarmacológico, se presentan como un procedimiento efectivo para reducir el impacto de las experiencias psicóticas angustiosas, mejorando el funcionamiento social de los pacientes y reduciendo el estrés en las familias, como también para poder trabajar con la sensibilidad a comentarios hostiles y críticos que los pacientes con esquizofrenia presentan (Weiden, 2016). Awad (2008) afirma, a su vez, que si bien las intervenciones farmacológicas son efectivas, se ha probado la importancia de la complementación con medidas de soporte psicosocial, vivienda adecuada, apoyo económico y programas de rehabilitación. En promedio, un paciente que recibe tratamiento combinado (psicológico y farmacológico) es mejor que el 65% de los pacientes con tratamiento farmacológico solo (Pfammatter et al., 2006).

Actualmente, la esquizofrenia es una patología abordada desde varias perspectivas; existen evidencias empíricas de que los psicofármacos y el apoyo psicosocial son eficaces para el tratamiento del trastorno, en la medida de que favorecen que lo sujetos con esquizofrenia puedan llevar una vida productiva, así como también facilitan su integración a

la sociedad. Algunas medidas de apoyo utilizadas para promover la rehabilitación, encontrar empleo y vivienda son; la fálilitación de la vivienda asistida, las subvenciones para la misma, y las ayudas para la inserción laboral (OMS, 2015).

Respecto a la estrategia farmacológica en pacientes que presentan comorbilidad entre la esquizofrenia y el trastorno por uso de sustancias, la utilización de clozapina ha demostrado ser efectiva para la disminución del consumo (Drake, Xie, McHugo, & Green, 2000). Y en cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas, deben efectuarse en base a una serie de objetivos que incluyan el establecimiento de una fuerte alianza terapéutica, educación sanitaria individual y familiar, entrenamiento en habilidades sociales e intervención motivacional (Chinchilla Moreno, 2007).

De la misma manera, en una revisión posterior de 26 estudios controlados sobre programas ambulatorios y hospitalarios que Drake et al. (2014) publicaron, es la integración del tratamiento de la esquizofrenia al del trastorno por consumo mediante la coordinación de la farmacoterapia, el tratamiento cognitivo conductual y la psicoeducación con respecto al consumo de sustancias.

Cabe destacar que en ocasiones los pacientes suelen recibir un tratamiento incorrecto como consecuencia de un diagnóstico errado sustentado en la falta de conocimiento de dicho trastorno (Sadock & Sadock, 2012).

3.4.1 Dificultades en el tratamiento de la esquizofrenia

A partir de la última década del siglo pasado, con la incorporación de los antipsicóticos de segunda generación y los avances en la implementación de distintos modelos terapéutico cognitivos conductuales dirigidos a abordar los diferentes aspectos de la enfermedad, las expectativas con respecto a su evolución y calidad de vida han cambiado sustancialmente. Es importante que el terapeuta trabaje con el reconocimiento de sus propias creencias con respecto a esta enfermedad, que haga consciente sus entrecruzamientos y que apele a la supervisión en grupo para destrabar algunos atascos que por estas razones se producen (Baringoltz & Levy, 2015).

Las estadísticas indican que el 50% de los pacientes abandona el tratamiento farmacológico en el primer año y el 75% lo hace en el segundo año. El 75% de ellos recaerá entre los seis meses y los dos años posteriores a dicho abandono (OMS, 2015), hay varias y combinadas intervenciones que permiten atravesar esta problemática, uno de ellas es recurrir a fármacos de presentación inyectable de depósito que garantiza que el paciente tenga su

dosis diaria de antipsicótico más allá de su voluntad de tomar o no la medicación, por lo menos hasta que logre una mayor conciencia de necesidad de tratamiento (Baringoltz & Levy, 2015). Otra herramienta complementaria es la psicoeducación, siendo aplicable a la esquizofrenia, lo trabajado por Colom y Vieta (2004) donde los objetivos del primer nivel son la conciencia de enfermedad, la detección precoz de los síntomas prodromicos y el cumplimiento del tratamiento. Los del segundo nivel incluyen controlar el estrés, evitar el uso y abuso de sustancias, lograr regularidad en el estilo de vida y prevenir la conducta suicida. Por último, los objetivos de excelencia terapéutica contemplan: incrementar el conocimiento y el afrontamiento de consecuencias psicosociales, mejorar la actividad interpersonal, afrontar los síntomas residuales y el deterioro e incrementar el bienestar y mejorar la calidad de vida.

Baez (2012), describe las dificultades encontradas en el tratamiento con pacientes que presentan esquizofrenia y advierte que pueden involucrar al terapeuta: su ignorancia, su temor y su desesperanza; al paciente: su desconfianza, su suspicacia, su oposición, su falta de insight, sus abandonos de tratamientos; a la familia: sus emociones expresadas, sus rechazos, y su abandono; a la enfermedad en sí misma; la particularidad de los síntomas, la comorbilidad, el déficit neurocognitivo, la disfunción social; a los instrumentos terapéuticos: el fracaso de la psicoterapia psicoanalítica, los efectos adversos de los psicofarmacos, la mala respuesta al tratamiento farmacológico; a la sociedad: la discriminación; y al sistema de salud y la ausencia de recursos.

Es fundamental según Baringoltz y Levy (2015), que todo psicoterapeuta este informado sobre las investigaciones referentes a su tarea, ya que en ello radica la posibilidad de estar actualizado en su práctica profesional, en concordancia con Alford y Beck (1997), consideran a la terapia cognitiva como integrativa, científica y que sus técnicas tienen naturaleza ecléctica, si bien utiliza en su mayoría conductistas y cognitivas, puede recurrir a recursos de otras perspectivas dentro de una estrategia consistente con los axiomas de la teoría cognitiva. Dentro de este marco los terapeutas formulan objetivos, estrategias y técnicas adecuadas a cada paciente en un momento determinado (Kazdin, 1984), los autores coinciden en que adherir a un solo enfoque terapéutico tiene sus grandes ventajas: la falta de contradicciones teóricas, la profundización de la teoría a través de los años, la seguridad de un encuadre único, el grupo de pertenencia y referencia; y también tiene desventajas tales como: la dificultad para implementar herramientas de otros enfoques, la falta de una actitud crítica a lo distinto y la menor flexibilidad a otras posibilidades; adherir a una postura

integrativa plantea lo inverso, las ventajas se convertirían en desventajas, y estas en ventajas (Kazdin, 1984).

Es cierto que no siempre un diagnóstico grave es el responsable del no cambio. Tampoco déficits atribuibles al terapeuta, Prochaska (2001) intenta explicarlo cuatro causas: el paciente no quiere cambiar, no puede hacerlo, no sabe cómo cambiar, o no sabe que cambiar. Baringoltz y Levy (2015) agregan ciertas respuestas del terapeuta frente a la frustración, tales como: la desvalorización, ira, sobreinvolucración, dificultades para poner límites, herida narcisista, culpa y evitación, entre otras; y sostienen que la vida del psicoterapeuta como tal, atraviesa diferentes momentos, algunos gratificantes que confirman la elección profesional, y otros de gran frustración que exigen mayor esfuerzo. Es importante considerar que el aprendizaje de la psicoterapia se nutre fundamentalmente de estas situaciones, toda adversidad tiene sus beneficios, los desafíos deben motivar al especialista y los fracasos tienen que ser una oportunidad para mejorar su práctica, de eso se trata (Consoli & Machado, 2004).

3.4.2 Abordaje farmacológico

La utilización de psicofármacos en el tratamiento de la esquizofrenia posibilita la aplicación de métodos psicoterapéuticos tradicionales, sobre todo durante las fases agudas del trastorno. Este hecho no tiene discusión y permite un mejor contacto con el paciente (May, 1968).

A pesar de que todos los tratamientos farmacológicos existentes tienen limitaciones en cuanto a su eficacia y están relacionados con efectos colaterales indeseables, es un hecho demostrado que los antipsicóticos pueden mejorar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia y prevenir las recidivas (Kane, 1995).

Actualmente, se dispone de antipsicóticos típicos y atípicos. Los típicos, aunque efectivos, no suponen un tratamiento óptimo, pues sólo un porcentaje pequeño de pacientes responde a ellos, y causan unos niveles importantes de efectos adversos agudos y crónicos. En el momento actual, el único grupo de pacientes en que se prefiere claramente estos fármacos son aquellos para los que hay una clara indicación de preparaciones inyectables, o que tienen antecedentes de una excelente respuesta a ellos con mínimos efectos secundarios (Sharif, 1998).

Los nuevos antipsicóticos parecen aportar grandes avances en cuanto a efectos secundarios y a la eficacia en este grupo de fármacos. No obstante, los antipsicóticos atípicos

se han relacionado con diversos efectos colaterales que afectan negativamente en la calidad de vida del paciente, junto con ciertas limitaciones en cuanto a su eficacia. Por tanto, existe una continua necesidad de nuevos y mejores fármacos (Tajima, Fernández, López-Ibor, Carrasco, & Díaz-Marsá, 2009).

Sanz y Del Río, (2010) afirman que desde la farmacología se ha procurado intervenir en los síntomas positivos que afectan fundamentalmente a la estructura y el contenido del pensamiento y de la percepción. Si bien la terapia psicológica ha brindado resultados satisfactorios, la farmacoterapia con medicación antipsicótica es un componente esencial del plan de tratamiento para la mayoría de pacientes con esquizofrenia (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, 2009). La prescripción de la medicación se debe realizar de manera individual, debido a que la respuesta varía de paciente a paciente; igualmente se hace necesario considerar el problema presente y la respuesta previa del paciente a la farmacoterapia, incluyendo la eficacia y los efectos adversos. Los pacientes con un primer episodio de psicosis, generalmente precisan una dosis más baja, de igual forma que en los ancianos (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, 2009).

Jufe (2001) y Stahl (2011) sostienen que el tratamiento farmacológico consta de dos instancias, la primera implicada en el tratamiento agudo y, la segunda conlleva el mantenimiento del mismo.

En el momento agudo de la enfermedad, el objetivo es eliminar o reducir los síntomas positivos (Jufe, 2001). Comúnmente, en esta instancia, se utiliza haloperidol. Sin embargo, los efectos observados por este medicamento indican que los pacientes no logran alcanzar una remisión total de los síntomas positivos (Stahl, 2011). En la etapa de mantenimiento, el objetivo es continuar con poca o ninguna sintomatología, reducir recaídas, y facilitar la reinserción social del paciente (Jufe, 2001).

La intervención debe planearse de manera sólida y, el momento de la evaluación debe ser muy completo; teniendo siempre en cuenta que la variedad de disfunciones que caracteriza el trastorno esquizofrénico no se observa de forma igual en todas las personas, ni tiene la misma expresión y evolución (Petkari, 2010). Como afirma Laviana (2006), la evaluación del funcionamiento psicosocial, incluyendo la evaluación de intereses y motivaciones, de sus redes personales de apoyo, de la red familiar cercana y extensa, de su vida educativa y laboral, de sus sueños de futuro, de sus expectativas, etc., son elementos indispensables en la programación individualizada de su plan terapéutico. Figueres, Fulcar, Méndez, Núñez y Sánchez (2002) aportan que los antipsicóticos hacen menos frecuentes la

aparición de las conductas violentas que puedan presentar, y las apariciones de ideas delirantes y alucinaciones.

3.4.3 Abordaje psicoterapéutico

La guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental (2008) indica que la intervención psicológica, como parte de los tratamientos en la esquizofrenia, pretende los siguientes objetivos: reducir la vulnerabilidad del paciente, disminuir el impacto de las situaciones y eventos estresantes, aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el estrés y la discapacidad para minimizar los síntomas, reducir el riesgo de recaídas, mejorar la comunicación y las habilidades para afrontar la enfermedad, acoger a la familia y atender las situaciones emocionales que se producen en el desarrollo de la enfermedad.

Entre las intervenciones dirigidas a lograr la adherencia al tratamiento, se consideran; compartir con el paciente la conceptualización cognitiva de su enfermedad, señalando la importancia de los factores de vulnerabilidad y estrés en la determinación de sus síntomas Baringoltz y Levy (2015); normalizar la experiencia del paciente comparándola con las vivencias ordinarias de cualquier persona frente a situaciones de estrés, dentro de una perspectiva de gradación continua, como lo plantean Kingdon y Turkington (1994); según Beck y Rector (2002), se debe socializar al paciente en el modelo cognitivo para permitir concientizar la relación entre pensamiento, emoción y conducta y el reconocimiento de distorsiones y sesgos cognitivos; así como identificar con el paciente las consecuencias de no tomar la medicación; escuchar con atención e interés los problemas que el paciente refiere haber tenido en oportunidades anteriores por la toma de medicación; informar sobre posibles efectos adversos de la misma y sobre los métodos para controlarlos y contrarrestarlos; y construir un cuadro de ventajas y desventajas, costos y beneficios secundarios a la toma de medicación (Baez, 2012). En concordancia con lo expuesto Montaña, Nieto, y Mayorga (2013), sostienen que la psicoeducación, es una importante herramienta, que sirve de por sí, para aumentar el *insight* del paciente y, sobre todo, para informarlo sobre la enfermedad y los tratamientos existentes. Además, la psicoeducación, asesora y apoya a las familias de los pacientes favoreciendo el enfrentamiento a los problemas, influyendo en la rehabilitación y en el ajuste social. De la Higuera Romero (2005) indica que, a mayor pertenencia y cumplimiento del tratamiento, mejores pronósticos se obtienen en el mismo.

Beck, Rector, Stolar, y Grant (2010) sostienen que la mayoría de los pacientes llegan a la terapia con prejuicios propios y ajenos sobre lo que es la enfermedad psiquiátrica como “raras”, o “locas”, concibiendo, además, que la esquizofrenia es una locura. Es importante entonces, humanizar o normalizar estos prejuicios. La psicoeducación, herramienta ya mencionada, sirve para aclarar el papel del estrés, de la privación sensorial y también la privación de sueño como causante de las voces y creencias delirantes. Los autores también señalan que otro aspecto consistiría en explicarles los diferentes grados de la enfermedad.

Según los mismos autores, la psicoeducación evalúa el grado de introspección del paciente, y de cuan consciente es, de que los demás no comprendan su habla o no lo entiendan. Respecto a los síntomas negativos, los pacientes pueden no reconocer la existencia de los mismos, pero sí son capaces de observar los efectos inmediatos de la abulia y de la falta de sociabilidad.

Siguiendo la línea de los mismos autores, el terapeuta debe evaluar minuciosamente las consecuencias de la psicoeducación, pues esta podría generar vergüenza, ansiedad, ira o malestar emocional. De cualquier forma, educar al paciente conduce en general a la mejoría, aporta esperanza, una vez conseguido el reconocimiento intelectual de los síntomas (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2010).

Si bien los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, ningún síntoma es patognomónico del trastorno (APA., 2014). Esta heterogeneidad ha posibilitado el desarrollo de una serie de terapias, adaptadas a las distintas necesidades y fases de la enfermedad, en combinación con el tratamiento psicofarmacológico (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

Pérez Álvarez (2012), afirma que, actualmente, el tratamiento más utilizado es la combinación de medicación antipsicótica y terapia psicológica; esta última es considerada como sustento de la terapia farmacológica.

Vallina Fernández & Lemos Giráldez (2001) coinciden con la guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental (2008), en que los tratamientos psicoterapéuticos se centrarían en los efectos de la adaptación a las experiencias psicóticas, en la reducción de los síntomas psicóticos residuales, la prevención de recaídas, el cumplimiento del tratamiento, las relaciones interpersonales, la adquisición de habilidades necesarias para una vida independiente, y la reducción del estrés y de la carga familiar.

Uno de los abordajes terapéuticos más utilizados en la psicosis es la terapia cognitiva conductual (TCC), la misma intenta reducir el malestar emocional a través del control de los síntomas, mejorar el funcionamiento global del individuo, y promover el aprendizaje de

habilidades que le permitan funcionar de manera independiente (Muñoz Molina & Ruíz Cala, 2007). Goldsmith, Lewis, Dunn, & Bentall (2015) indican que para que un paciente que ha presentado episodios psicóticos se pueda beneficiar de la psicoterapia, es fundamental el establecimiento de un adecuado nivel de alianza terapéutica interdisciplinaria. A su vez, se ha destacado la importancia de la alianza terapéutica en la orientación cognitiva, tanto en el transcurso del proceso terapéutico, como en los resultados del tratamiento.

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

El deterioro cognitivo es un concepto utilizado para describir la pérdida o la alteración de las funciones mentales como la percepción, la memoria, el aprendizaje, la orientación alo y auto psíquica, el lenguaje, la atención y razonamiento abstracto. Cuando el deterioro es significativo con respecto al nivel previo a la aparición de la enfermedad, genera un importante impacto en el desarrollo de las actividades de la vida diaria del paciente (Russo & Allegri, 2015). Por consiguiente, el trabajo del terapeuta en la terapia mencionada supone acompañar al paciente y guiarlo, para favorecer el entendimiento de que los pensamientos y creencias poseen gran poder sobre sus emociones y comportamientos. Por lo tanto, el profesional brinda la enseñanza de nuevos aprendizajes que posibiliten la adherencia del sujeto a pensamientos y habilidades más efectivas que le permitan alcanzar el bienestar psicológico (Beck & Rector, 2000). A su vez, se procura disminuir el estrés que generan las alucinaciones y delirios (Addington & Haarmans, 2006).

En síntesis, la TCC suele ser utilizada por un equipo de atención integral y multidisciplinario, con el objetivo de reducir los síntomas psicóticos y el estrés que estos conllevan, mejorar el funcionamiento psicosocial, pudiendo así favorecer el aumento de la calidad de vida de los pacientes (Travé Martínez & Pousa, 2012).

En cuanto al entrenamiento en habilidades sociales (EHS), Bellack (2004) indica que mejora el funcionamiento social. Es uno de los procedimientos más ampliamente utilizado y evaluado en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos crónicos (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001). Tiene como objeto promover la vinculación social de la persona, procurando un tratamiento cercano a su entorno y que favorezca el mantenimiento de los diferentes roles sociales que el paciente ejercía (Montaño, Nieto, & Mayorga, 2013).

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

El abordaje a partir de la rehabilitación cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales y la psicoeducación, se enfocan en recuperar la funcionalidad y mejorar la capacidad del individuo respecto a la conciencia de la enfermedad, el establecimiento y mantenimiento de vínculos con las otras personas y una menor estigmatización del paciente (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2010).

Asimismo el pensamiento automático es el modelo cognitivo que prevalece en la esquizofrenia como respuesta emocional. Para detectar éste tipo de pensamiento se requiere escuchar con cuidado, realizar preguntas dirigidas y pensar de manera creativa (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2010). Los mismos autores sostienen que, al no poder simbolizar en el pensamiento, el lenguaje se encuentra empobrecido. Y, con ello, la limitación de los recursos atencionales que conducen a la ecolalia, la pobreza de contenido y la falta de idea directriz en el pensamiento.

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

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

La relación entre los déficits neurocognitivos y un pobre resultado funcional está mediada por varios factores. Uno de esos factores se refiere a los procesos mentales implicados en la percepción, en la interpretación y en el procesamiento de la información

social, incluyendo la emoción, la percepción social, la teoría de la mente, la atribución del estado mental y el estilo de atribución o sesgo (Pinkham et al., 2014).

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

3.4.4 Alianza Terapéutica

Entre los que se denominan factores comunes de las psicoterapias, el rol de la alianza terapéutica ocupa un lugar relevante en las cuestiones teóricas y en la investigación, dicha investigación muestra que la cualidad de la alianza es el predictor más fuerte en el éxito de los tratamientos (Baringoltz & Levy, 2015), otros resultados interesantes según Safran y Muran (2005) son:

- Pacientes con resultados terapéuticos pobres, muestran mayor evidencia de procesos interpersonales negativos que los casos con buenos resultados.
- Algunos terapeutas son consistentemente más capaces de ayudar que otros; diferencias en la habilidad del terapeuta parecen ser más importantes que el enfoque terapéutico, y cuanto más capaz de ayudar es visualizado el terapeuta, más fácil resulta desarrollar la alianza terapéutica.
- Rupturas y dificultades en la alianza terapéutica son inevitables. Por lo tanto una de las habilidades terapéuticas más importantes consiste en el manejo de estos procesos negativos y la capacidad de reparar rupturas de la alianza.

Como sostiene Bordin (1976), una buena alianza es un prerrequisito para el cambio en todas las formas de psicoterapia, la fuerza de la misma depende del grado de acuerdo entre paciente y el terapeuta sobre las tareas y metas de la terapia, y de la modalidad de su vínculo; asimismo para Safran y Muran (2000) el terapeuta debe utilizar un método de autoexploración que le permita cultivar la postura de observador participante.

Según Baringoltz y Levy (2015), lo más frecuente en un sujeto que padece esquizofrenia es que no sea él el que solicite tratamiento; por lo que al inicio del mismo, la temática debe ser neutra, siguiendo y acompañando los puntos de interés del paciente, nunca presionando en la investigación de los síntomas ni cuestionando sus creencias; a la

posibilidad de hacer cuestionamientos con evidencias o señalamientos de contradicciones se llega luego de una construcción sólida de la confianza. Kingdon y Turkington (1994), refieren que en esta primera etapa del tratamiento hay que utilizar el método de befriending, es decir, el hacerse amigo.

Finalizando este apartado, es preciso mencionar que el terapeuta debe tener la habilidad de ingresar en un estado complejo de disociación operativa, que le permita modelar puntos de encuentro entre sus propios esquemas de significados y los esquemas de significados identificados en el paciente; en ese sentido, cuanto más presente tenga el profesional las variables a acordar, más fácil le va a resultar el juego de pasar desde su observación de lo que sucede en ese instante con el paciente, su mundo interno y el registro de lo que en ese momento está conceptualizando hasta su consecuente intervención; que inicialmente no deberían apuntar al cambio, sino más bien a estimular la curiosidad del paciente sobre su experiencia interna (Baringoltz & Levy, 2015).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

El presente trabajo describe el análisis de un caso clínico único de carácter cualitativo de tipo profesional.

4.2 Participantes

El caso que se desarrolla a lo largo de esta descripción es el del tratamiento que J ha recibido durante su internación en el servicio de admisión de un hospital público de Buenos Aires. El paciente es un joven de 23 años que cuenta con una internación previa en otra institución, en donde se le ha diagnosticado un cuadro de esquizofrenia; allí conoció a su actual pareja, Jx, de 30 años, diagnosticada al igual que a él con esquizofrenia, ambos habrían sido padres recientemente y J al momento de su evaluación por guardia, dice querer asesinar a su novia, por lo que necesita ayuda.

El equipo de profesionales responsables de su internación estuvo compuesto por una psicóloga y por una médica psiquiatra, la primera cuenta con más de veinte años de labor hospitalaria y, la segunda, con siete años de experiencia en el servicio. Ambas trabajan en la urgencia en la atención de los pacientes que previamente han ingresado por guardia a la institución. El del tratamiento, en principio transdisciplinario, abarca el modelo clínico-psiquiátrico.

4.3 Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la realización del presente trabajo fueron tanto la observación participante en el consultorio y los datos de la historia clínica del paciente, como también, dos entrevistas semiestructuradas realizadas a las profesionales del equipo tratante.

Los ejes de ambas entrevistas fueron:

- Datos relevantes sobre el motivo de internación del paciente.
- Datos relevantes sobre la evaluación y confección del diagnóstico del paciente.
- Intervenciones realizadas en el presente caso por el equipo tratante.
- Diferencias específicas entre el presente caso y los casos más frecuentes en el Servicio.

- Consideraciones a tener en cuenta a la hora de evaluar el alta del paciente junto con la expectativa de resultados.

4.4 Procedimiento

La observación participante se realizó, durante la internación del paciente, de manera diaria a través de entrevistas semi-estructuradas que realizó el equipo junto con el consultante, de aproximadamente media hora. Las entrevistas semi-estructuradas realizadas a los profesionales del equipo fueron tomadas individualmente en horario extra laboral, con el fin de no interferir en la labor diaria dentro de la institución. La duración aproximada de cada entrevista fue de una hora.

De la historia clínica se recabó toda la información que fuese pertinente sobre las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas, los datos correspondientes a la anamnesis, y a la internación anterior.

4. Desarrollo

5.1 Introducción al caso

La información que se describe a continuación, se desprende de la lectura de la historia clínica perteneciente al paciente evaluado. La misma, fue escrita en principio por los profesionales del servicio de guardia y, continuada por el equipo tratante del servicio de admisión del hospital. Cabe destacar que, habiendo el paciente ingresado a dicho hospital un viernes por la noche, su tratamiento comenzaría el lunes siguiente, ya que dicho servicio atiende de lunes a viernes de 8 a 13 hs.

En el comunicado de internación, además de datos personales que se reservan para proteger al paciente, los médicos que han recibido a J han registrado que el paciente ingresó a la institución junto con su madre, G, y personal de la fuerza policial; relatando que en ese día el paciente había protagonizado un episodio de excitación psicomotriz con claras intenciones de concretar el homicidio de su pareja.

Durante la entrevista inicial, los profesionales han agregado que el paciente, de 23 años, ingresó al servicio por sus propios medios vestido en forma bizarra, tal como describe Henri Ey (1978) al aspecto de quienes padecen esquizofrenia. J refirió haber consumido psicotóxicos desde los 14 años; y que se había escapado de su casa por haber escuchado

“voces que lo echan”. Mientras se lo estaba evaluando se enfureció con su madre y comenzó a golpear el escritorio arrojando las sillas del consultorio; por lo que se decidió interrumpir la entrevista y proceder con su internación, en forma involuntaria.

El consultante vive con su madre, padre y hermano, en una propiedad compartida con otros familiares directos de la madre en la Provincia de Buenos Aires. Su núcleo familiar presenta violencia y consumo de diversas sustancias. Su pareja, vive en una pieza que la madre del paciente le alquila para que allí viva con su hija, considerando esta, que es mejor para ambos que el paciente no conviva con su familia. Pertenece a una familia profundamente disfuncional; con un padre que consume y comercializa drogas desde joven, un hermano que lo golpea habitualmente (siendo el motivo por el cual ha perdido visibilidad en uno de sus ojos).

Su madre explicó al personal del servicio que el paciente, el día jueves, dejó la casa de su tío en la Provincia de Buenos Aires y se ausentó hasta el día siguiente, cuando fue detenido por la policía al intentar con una soga ahorcar a su mujer.

Su tío, pastor en una Iglesia, quien estaba queriendo ayudar a su sobrino, le había comentado a su madre que desde hacía unos meses lo notaba con un cambio en su comportamiento. Ese jueves en particular, el paciente se descompensó y rompió varios objetos de su casa, gritando palabras sin sentido y abandonando rápidamente el lugar. Se dirigió al barrio de Constitución, donde pasó la noche ingiriendo diversas sustancias. Posteriormente, se trasladó a su domicilio con una soga manifestando en voz alta cuál sería su propósito. Momentos después, fue trasladado a la guardia del hospital.

Los profesionales del equipo de guardia registraron lo sucedido, junto con información de una internación previa que el paciente habría realizado a la edad de 20 años y agregaron que, recientemente, el paciente habría discutido con su mujer de 30 años, quien padece esquizofrenia y consume psicotóxicos. Ambos se conocieron durante ese tratamiento de internación hospitalaria anterior, y han sido padres recientemente.

La madre mantiene dificultosamente la cohesión familiar, trabajando como empleada en Capital Federal y refiere que el paciente es un joven cariñoso que siempre ha trabajado y que solía ser un gran sostén para ella en su casa.

Actualmente, el paciente ha sido dado de alta desde el servicio de admisión, tras cumplir con tres semanas de internación hospitalaria. Luego de haber recibido un tratamiento ambulatorio breve en el hospital, el grupo interdisciplinario tomó la decisión de que continuase su tratamiento en otra institución con la certeza de que ya no se encontraba en una

situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, es decir, no cumplía con los criterios de internación.

5.2 Identificar la sintomatología y diagnóstico del paciente

5.2.1 Sintomatología

Es preciso abordar este apartado en diferentes etapas de acuerdo a las manifestaciones observadas en el paciente, es decir los signos percibidos por los profesionales (Stahl, Muntner & Grady, 2010), y la percepción de los síntomas descrita por el mismo durante su tratamiento en el hospital. Esto puede entenderse, aplicando lo descrito por García y Pérez (2003), en donde los síntomas corresponden a una relación entre la persona y la situación que esté viviendo. Asimismo, como explican Machado y Morales (2013) cada persona posee una única y propia combinación de síntomas y experiencias, que están influenciados por sus vivencias y percepciones particulares.

Se reitera entonces, que el paciente ingresó un día viernes y que la evaluación del equipo de admisión fue realizada el día lunes siguiente; por lo que, el síndrome que experimentó el paciente durante esos tres días, se desprende de la lectura de la historia clínica pero no ha sido observado desde la intervención clínica directa.

Aclarado este punto, la historia clínica indicaba que el paciente se encontraba excitado, presentando alucinaciones auditivas junto con conductas impulsivas, sin conciencia de enfermedad ni de situación, con episodios heteroagresivos y con su juicio desviado, síntomas positivos según la OMS (2015), y signos que como indican Stahl, Muntner y Grady (2010) colaboraron en la semiología clínica del paciente. La psicóloga del equipo de admisión, entendió que las voces que lo echaban al paciente de su casa se diferenciaban de una creencia firme (APA, 2013). Si así fuera y, se tratase de una alucinación auditiva, correspondería a lo explicado por Sadock y Sadock (2012) en cuanto a las voces que le hacen al sujeto comentarios desagradables. Corroborando esto, la madre dijo que últimamente lo notaba nervioso, ausente y que a veces se refería asimismo como el “diablo” y que esta conducta repentina producía preocupación en el paciente, sentimiento explicado por Jiménez, Ramos y Sanchís (1995). La madre refirió, que nunca lo había visto en esa situación y se mostró sumamente inquieta por el cambio de comportamiento de su hijo. Esta circunstancia se encontraría dentro del contexto descrito por Quintero, Barbudo, López y López (2011) como la aparición del trastorno esquizofrénico.

Durante esa primera consulta, como ya se ha mencionado, el paciente relató que consumía psicotóxicos desde los 14 años, mostrándose agresivo y violento. Pudiéndose agravar esta conducta por la ingesta de psicotrópicos, tal como lo indica Vicens (2006). No se puede dejar de lado, la breve anamnesis que se pudo construir del relato de la madre y de lo que posteriormente mencionó el paciente, ya que ayudan a entender lo complejo del cuadro. Desde pequeño se encuentra en una situación de vulnerabilidad, de pobreza, sumergido en un contexto en donde el uso de psicotóxicos y las conductas violentas hacia él eran frecuentes. A partir de la primera internación, el estado del paciente habría cambiado, implicando una variedad de disfunciones emocionales, cognitivas y comportamentales, justificado por Quintero, Barbudo, López y López (2011) como la aparición abrupta y aguda del trastorno que luego tendería a cronificarse, de la misma manera que Petkari (2010) describe al cambio cualitativo en el desarrollo de quien padece el comienzo de esta enfermedad. Precisamente, el paciente ha variado sus capacidades de pensar creativamente, de relacionarse socialmente (ni sus amigos de la infancia, como tampoco sus familiares fueron a visitarlo durante su internación), como también de experimentar u expresar su emocionalidad, como explican Orellana y Slachvsky (2006), este trastorno abarca la totalidad de las capacidades de la persona. Sumado a esto, ha presentado un deterioro del funcionamiento personal, situación que esta descripta como frecuente por Bhugra (2010) y la Secretaria de Salud de México (2002) en este tipo de casos, observando problemas de concentración, comportamiento inusual, ideas extrañas, reducción del interés y de motivación para las actividades diarias, siendo estas las posibles causas de su actual desempleo, inactividad, y aislamiento social; sin embargo su lenguaje y expresión de ideas no se han afectado.

La primer evaluación del paciente realizada por el equipo de admisión fue llevada a cabo en el servicio de enfermería junto con su personal, en razón de la historia clínica y de las conductas de agresión que allí figuraban. El paciente saludó correctamente y tuvo un trato respetuoso; agradeció la atención recibida, entendiendo que necesitaba ayuda. Se lo observó un tanto desarreglado, despeinado y sucio, pudiéndose esto explicar por lo trabajado en cuanto a la apariencia de quien padece esquizofrenia por Henri Ey (1978), sin embargo la psicóloga explicó, que este aspecto es esperable en un paciente “psicótico”; comentario que puede entenderse debido a que es utilizado en el quehacer cotidiano como un término descriptivo y generalmente adjetivo, reduciendo el síntoma psicótico a la presencia de ideas delirantes, de alucinaciones o de comportamientos desorganizados (Henri Ey, 1978); pese a lo expuesto, Baringoltz y Levy (2015) mencionan la importancia que tiene que el terapeuta trabaje con el reconocimiento de sus propias creencias con respecto a esta enfermedad, que

haga consciente sus entrecruzamientos y que apele a la supervisión en grupo para destrabar algunos atascos que por estas razones se producen.

Los días siguientes comenzó a experimentar, según la médica psiquiatra, sintomatología negativa caracterizados como de peor pronóstico (OMS, 1993), principalmente manifestaba abulia, que él mismo expresó “*no tengo motivos para levantarme a hacer algo*”, presentaba aplanamiento afectivo, se encontraba desganado y con falta de iniciativa. A su vez, sorprendía verlo retraído y sin querer ser evaluado, así como tampoco solicitaba ayuda, como lo había hecho al comienzo de su tratamiento. Estas experiencias, coinciden con el cuadro de déficit y ausencia del funcionamiento normal de la persona (García Montes & Pérez Álvarez, 2006).

Al estar internado de forma involuntaria sin posibilidad de salir, presentaba síntomas de tristeza y de ansiedad a causa de no poder ver a su hija, motivo por el cual, solicitó el alta en reiteradas ocasiones. Mencionó que se sentía “inservible”, tal como describe Burns (2006), típico sentimiento percibido por el paciente cuando se estabiliza.

Paulatinamente adelgazó, palideció y no se alimentaba, de hecho en muchas ocasiones no se levantó de su cama y no pudo ser evaluado. Estos síntomas mejoraron cuando se decidió cambiar de plan farmacológico (risperidona por clozapina).

Manteniendo la sintomatología referida y con el cambio de plan farmacológico, se decidió entonces darle el alta al paciente para que realizase su tratamiento ambulatorio, durante el cual, dicha sintomatología se mantuvo.

5.2.2 Diagnóstico

El diagnóstico presuntivo de la historia clínica manifestó que se trataría de una descompensación psicótica, con un trastorno por abuso de sustancias, y con pronóstico reservado.

A continuación se describirán y se analizarán los pasos realizados en el servicio de admisión, con el fin de identificar la elaboración del diagnóstico, que como describen García y Pérez (2003) posibilita la decisión sobre la estrategia de tratamiento y la continuidad del mismo a través de consultas ambulatorias. Cabe resaltar aquí, que no se ha consultado el DSM 5, pese a lo expuesto por Sandín (2014) en cuanto a la necesidad de su implementación para el progreso de la psicología clínica.

La evaluación semiológica, se realizó partiendo de los puntos considerados por la subsecretaría de redes asistenciales del Ministerio de Salud de Chile (2008), en donde se

registró la presencia de un buen estado anímico, una actitud cooperativa y un leve aspecto desordenado. Se evaluó la orientación, a partir de preguntas como la fecha y el lugar en el que se encontraba, a las que el paciente respondió correctamente, junto con un breve relato que consistió en recabar información acerca de la situación por la que el paciente estaba atravesando (APA, 2003).

Para obtener una evaluación completa y de ese modo arribar a un diagnóstico certero, se realizó una entrevista con la madre del paciente, como lo sugiere la OMS (2015), y como ya se ha mencionado, aportó información no solo del comportamiento que últimamente estaba teniendo el paciente, sino que también informó acerca de su internación anterior. La madre indicó, que a la edad de 20 años el paciente fue internado por una descompensación psicótica, habiéndole diagnosticado un cuadro de esquizofrenia. Siendo interrogada sobre la sintomatología actual, la madre del paciente refiere la novedad de la misma. Teniendo en cuenta el consumo de sustancias, desde hacía casi diez años, podría ejemplificar lo que los autores Drake, Xie, Mc Hugo, y Green (2000) establecen en cuanto a recaídas, hospitalizaciones, violencia y disminución del funcionamiento en general. Por lo tanto, según refirió la madre, el inicio de la enfermedad del paciente fue en los comienzos de su adultez temprana, alrededor de sus 20 años. Como manifiestan Rebolledo y Lobato (1999), es habitual que esta patología aparezca en esa edad. En las entrevistas pertinentes, la madre afirmó que el comienzo de la relación con su nuera y su paternidad, fueron un desencadenante importante de su descompensación psicótica

Basándose en dicha afirmación de la madre del paciente, la médica psiquiatra consideró un cuadro con características propias de la esquizofrenia y, por tanto, que el equipo tratante lo designase como tal alejándose del trastorno por consumo; en discrepancia con el conocimiento de que la esquizofrenia suele presentarse junto con dicho trastorno (Drake, Xie, McHugo, & Green, 2000). Se hace pertinente destacar, que según Radhakrishnan, Wilkinson y D'Souza (2014), el consumo podría haber inducido al paciente en el desencadenamiento de la enfermedad, teniendo como base la existencia de un factor de vulnerabilidad genético.

Los exámenes clínicos indicados, a saber, análisis de orina, de sangre, radiografías de tórax, electrocardiograma y electroencefalograma (APA, 2014), no han arrojado ninguna irregularidad clínica en el paciente.

Se realizaron, como indican Stevens, Prince, Prager y Stern (2014), entrevistas tanto con el paciente como con la madre, donde se indagaron aspectos clínicos y semiológicos, los antecedentes propios y familiares, el contexto sociocultural del paciente, y las relaciones interpersonales.

5.3 Descripción del motivo de internación, de los criterios utilizados para la internación del paciente y su vinculación con la Ley de Salud Mental

Se procede en este apartado a relacionar los conceptos teóricos impuestos por la norma vigente y la práctica efectuada, en el servicio de admisión que, como ya se ha indicado, es un servicio de urgencia. Dicha relación, se hará sobre las entrevistas realizadas al equipo de admisión que atendió al paciente y la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

El eje central u objetivo de la Ley consiste en el reconocimiento de las personas con sufrimiento mental en su calidad de ciudadanos y sujetos de derechos, así como la inclusión de la conceptualización del padecimiento mental como parte de la vida (Ley Nacional de Salud Mental 26.657; 2010). Al respecto, la psicóloga señaló que lo que se pretende es un cambio, un querer ubicar al paciente como actor central, en tanto sujeto de derecho, lo que le brinda la posibilidad de ser escuchado así como de hacerlo partícipe del transcurso de su internación y tratamiento, acordando en esto con lo expuesto por Zaldúa et al. (2011); atendiendo la eventualidad en aquellos pacientes que por su condición se ve dificultada su capacidad de comprensión, y que esta nueva visión, debe ser sostenida por todos los profesionales. En efecto, este cambio debe ser entendido bajo lo trabajado por Capponi, (1987), en cuanto a que la evaluación que hace un profesional, contiene un componente subjetivo y su valor de verdad proviene del consenso que se logre por parte de los especialistas que han observado previamente el fenómeno. Sobre esta forma de entender a quienes padecen un trastorno mental, Spitzer, Endicott y Robbins (1978), han trabajado que apuntaría a una mejora en la comunicación, al control, a la comprensión y no a estigmatizar a quienes sufren una enfermedad de este tipo.

El capítulo dos, artículo tres de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), indica que se debe presumir de capacidad a todas las personas y que no puede hacerse un diagnóstico sobre la base exclusiva de demandas familiares, ni tampoco de antecedentes de tratamiento u hospitalización, sumado a esto, la identificación de un síndrome asociado con un deterioro del funcionamiento laboral o social (APA, 2014) que, siguiendo con las directivas de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010), sólo podrá deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria. Debiéndose entender, que un diagnóstico es necesario y que permite elegir objetivos y direccionar el proceso terapéutico (Echeburúa, Salaberría & Cruz-Sáez, 2014).

En el caso analizado, si bien los dos puntos indicados anteriormente (demanda familiar y antecedentes de hospitalización) se han tomado como grandes indicadores de la presencia del trastorno esquizofrénico, también han sido consideradas cuestiones tales como la observación del paciente, signos, síntomas y relatos del mismo, que han completado la elaboración del diagnóstico, ya que como menciona la APA (2003) es importante que a los pacientes se los evalúe, teniendo en cuenta la historia del desarrollo del síndrome, realizando una buena entrevista clínica y observando las conductas del paciente. Sobre este punto, cabe mencionar que la psicóloga se mostró resistente a diagnosticar al paciente, argumentando que no es posible evidenciar un cuadro esquizofrénico en un día y que de esta forma, lo que se consigue, es etiquetar al individuo, acto que no se pretende; ya que la elaboración de un diagnóstico de este tipo, según Henri Ey (1978), comprende tiempo y evaluación, a lo largo del desarrollo de la vida del sujeto.

Asimismo, el artículo cinco de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) indica que la existencia de un diagnóstico no autoriza a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado, y como ya se ha mencionado, el motivo de internación en este caso, fue debido a la presunta peligrosidad que los profesionales de guardia observaron en la conducta del paciente, en ese momento en particular, sin considerar el diagnóstico establecido durante su primer internación; accionar que concuerda con Baringoltz & Levy (2015) en cuanto a que si bien el motivo de consulta implica una co-construcción entre terapeuta y paciente, es conveniente expresarlo en términos de conductas específicas evaluables. Además, decidieron otorgarle el derecho a recibir atención sanitaria, social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar su recuperación y preservación de su salud (Ley Nacional de Salud Mental 26.657, 2010).

En el servicio de guardia, se observó el estado del paciente, su nivel de agresividad y se dispuso ingresarlo bajo la modalidad de internación involuntaria, decidiendo que la sintomatología no iba a ser remitida en un abordaje ambulatorio, entendiendo que su situación representaba riesgo inminente para sí o para terceros (Ley Nacional de Salud Mental 26.657, 2010). Esto se relaciona con el concepto trabajado por Ghioldi (2010) en cuanto a las decisiones que un profesional debe tomar a la hora de trabajar con la restricción de la libertad del paciente, sabiendo que se trata de un recurso terapéutico excepcional.

Como obliga la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), la atención que se le brindó al paciente estuvo a cargo de un equipo interdisciplinario de admisión, integrado por

profesionales de psicología, psiquiatría, y enfermería. La psiquiatra del equipo, luego de finalizar la primera entrevista con el paciente, propuso mantener como motivo de internación el mismo que fue indicado por la guardia, integrando el motivo como descompensación psicótica con conducta heteroagresiva en el informe de 48 horas que requiere el artículo 16 (Ley N° 26.657, 2010). Cuando se le preguntó a la psicóloga, acerca del motivo de consulta durante la entrevista semiestructurada, ella refirió que el mismo se deduce por el cuadro de descompensación realizado por el paciente, siendo este, el problema más urgente; tal como lo describen Baringoltz y Levy (2015).

Según García y Pérez (2003) el equipo interdisciplinario debe hacer una evaluación completa para realizar un diagnóstico certero de esquizofrenia y poder así, intervenir a tiempo al paciente con el trastorno, saber reaccionar con prudencia y normalidad ante la sintomatología psicótica; en este caso, tanto la evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral, así como los motivos con los motivos que justifican la internación del paciente, fueron firmados por la médica psiquiatra, y luego por la psicóloga (Ley N° 26.657, 2010), los profesionales, según Kazdin (1984) formulan objetivos, estrategias y técnicas adecuadas a cada paciente en un momento determinado. Cuando se indagó sobre la demora en la segunda firma, ambas profesionales concordaron en que, a veces, es muy difícil estar disponibles, y que una vez que uno de los profesionales firma, el otro lo realice en cuanto pueda, además manifestaron que al ser el papeleo agobiante, utilizan toda la mañana para atender pacientes y al final de la jornada escriben las historias clínicas y firman todos los papeles. Y en cuanto al cambio en los criterios y plazos de internación que la Ley sostiene, la psiquiatra expresó que para que haya una internación involuntaria, el profesional debe justificar que haya un riesgo cierto teniendo que decidir, si el mismo es un riesgo para la vida del paciente o de otra persona. Haciendo hincapié en que *“eso nunca se puede saber, que es imposible, y que el profesional debe preservarse”*. Esto se puede vincular con lo trabajado por Ghioldi (2010) en cuanto a la formación de los especialistas, que no incluye en su currícula la temática de la seguridad y, sin embargo, se les da intervención, como los mayores expertos en peligrosidad del sistema.

En cuanto a la información que se le debe dar al paciente, el equipo de admisión, le informó al mismo cuál sería su situación en el hospital, lo pusieron al tanto de manera comprensible y adecuada para él, acerca de todo lo inherente a su salud y tratamiento, es decir, trabajando con la psicoeducación en conjunto, tal como lo indica Montaña, Nieto y Mayorga (2013). Sin embargo fueron omitidas las alternativas para su atención, siendo

explicadas una vez terminado su tratamiento en la institución (Ley Nacional de Salud Mental 26.657, 2010).

Durante un dialogo con el equipo en consultorio, se habló acerca del cuadro que presentaba el paciente, y surgió un comentario específico sobre sus alucinaciones. Se discutió sobre su durabilidad, su permanencia, y pronóstico, siendo la psicóloga quien determinó que un cuadro psicótico no tiene cura, pudiéndose esto vincular con lo trabajado por Baringoltz y Levy (2015), en cuanto a que todo psicoterapeuta debe estar informado sobre las investigaciones referentes a su tarea, ya que en ello radica la posibilidad de estar actualizado en su práctica profesional.

Pese a que la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 promueva que la atención debería realizarse fuera del ámbito de internación hospitalario, la especialista en psicología dijo que es muy difícil aplicar esta modalidad en un servicio de admisión, e hizo hincapié, en que el servicio se encuentra blindado, y que los pacientes no deben salir de allí sin el consentimiento del equipo. Baringoltz y Levy (2015) mencionan que la falta de recursos de los sistemas de salud pueden obstaculizar el tratamiento del paciente.

Durante la internación del paciente, sucedió un hecho que cabe describir. Ya se indicó que su estado anímico disminuyó y que se mostraba ansioso. Solicitó en reiteradas oportunidades que tenía intenciones de salir al parque, y que también quería pasar un fin de semana con su familia; en varias oportunidades manifestó que quería abandonar el tratamiento. La Ley sobre este punto aclara que la persona internada bajo su consentimiento podrá, en cualquier momento, dar por finalizada su internación, sin embargo, en este caso, no solo no se le permitió concluir con la misma, sino que tampoco se le consintió que saliera del servicio, ni se le permitieron salidas ambulatorias.

Posteriormente, el paciente quiso escapar de la institución; conducta frecuente según Baez (2012) en pacientes que se oponen al tratamiento. Este hecho sucedió por la tarde, cuando el equipo ya no estaba disponible. Por ende, su atención estuvo a cargo de un médico psiquiatra de guardia, quien con ayuda del personal de enfermería lo contuvo y lo medicó. Al día siguiente, el paciente no reaccionaba y no pudo ser evaluado, y esto no figuró en la historia clínica.

Es preciso señalar que el artículo 25 de la Ley dispone que transcurridos los primeros siete días de una internación involuntaria, el juez, debe dar parte al Órgano de Revisión. Esto no se efectuó durante la primera semana del tratamiento de Juan. Cuando se inquirió sobre este artículo y su aplicación, las profesionales advirtieron que es un tema que debe llevarse a cabo por el juez y en tal caso, debe ser el Órgano de Revisión, el responsable en intervenir.

Finalizando, en las entrevistas semiestructuradas a las profesionales, se preguntó sobre los obstáculos en la implementación de la nueva Ley de Salud Mental. Ambas hicieron hincapié en la ausencia de:

- recursos y dispositivos alternativos, como recursos comunitarios, tratamientos ambulatorios, casas de medio camino, etc. Cuestiones que según Baez (2012), presentan dificultades en la adherencia al tratamiento.
- ignorancia por falta de información que tiene la comunidad acerca del padecimiento mental y que también son explicadas por Baringoltz y Levy (2015) como causantes de dificultades en el tratamiento.
- la falta de adecuación de los centros asistenciales, como la ausencia de coordinación desde el sector Salud, y la falta de gestión y planificación para implementar los cambios.
- las interpretaciones erróneas acerca de la Ley.
- el despliegue de una sensación de miedo a perder el trabajo en los hospitales monovalentes.
- los conflictos en los procesos de externación de pacientes con años de internación, con ausencia de alternativas para quienes no tienen familia, trabajo o donde vivir.
- el lugar marginal que ocupan los servicios de salud mental en los hospitales generales, el tiempo destinado a la atención, tipos de remuneración para los profesionales, poco compromiso de los juzgados, dificultad para obtener un lugar de internación sin intermediación judicial.
- la falta de convivencia de distintos paradigmas dentro del equipo interdisciplinario, en concordancia con lo trabajado por Alford y Beck (1997), quienes sostienen que es indispensable para el tratamiento con los pacientes.

5.4 Descripción del abordaje farmacológico y del terapéutico implementado

En el siguiente apartado se describe el tratamiento implementado al paciente en el servicio de admisión, en donde se trabaja con personas que al igual que el mismo, transitan un período agudo de su enfermedad, ya que es una etapa en la que según Jankovic et al. (2011), los familiares suelen recurrir a la contención brindada por una institución hospitalaria de este tipo. Es por este motivo, que lo descrito a continuación debe ser entendido como un proceso estratégico orientado a la construcción de un plan de tratamiento que permita elegir objetivos y ruta a seguir (Baringoltz & Levy, 2015), como también la atención efectuada por los profesionales durante la fase aguda de la enfermedad.

Como plantean Solórzano, Padrós & González (2011) y Pfammatter et al (2006), las intervenciones psicológicas realizadas en combinación con el tratamiento psicofarmacológico son efectivas para tratar los cuadros de esquizofrenia, siendo este caso abordado desde lo farmacológico y lo psicoterapéutico conjuntamente y, dado que las entrevistas han sido siempre en equipo, las intervenciones de los profesionales no se encuentran delimitadas en forma explícita. Las decisiones en cuanto a la estrategia terapéutica se toman en conjunto, y es por este motivo que se procede con el desarrollo de dichas intervenciones, sin diferenciar los tipos de abordajes en sub-apartados.

En cuanto al plan farmacológico, se han considerado la gravedad de los síntomas, la fase de la enfermedad y los antecedentes del paciente, que como mencionaron Tajima et al. (2009) son factores esenciales para la elección del tratamiento. En un principio, el paciente se encontraba en un estado agudo presentando síntomas positivos, específicamente alucinaciones; que como han explicado por Stahl, Muntner y Grady (2010), es un síntoma, una referencia subjetiva del paciente por la percepción o cambio que pudo reconocer como anormal, junto con conductas impulsivas y, posteriormente, síntomas negativos como aplanamiento afectivo, insociabilidad, abulia y desmotivación, típicos del cuadro según la OMS (2015).

En cuanto al plan de procedimiento psicoterapéutico, teniendo en cuenta las cifras de abandono de tratamiento que la OMS (2015) ha establecido, no basta con la implementación farmacológica para prevenirlo, sino que se debe utilizar, como mencionan Baringoltz y Levy (2015) una herramienta complementaria a la misma, que es la psicoeducación y, además, seguir los pasos correspondientes a los diferentes niveles (que se describirán más adelante en esta descripción) según objetivos que describen Colom y Vieta (2004).

Es importante destacar lo que May (1968) menciona en cuanto a la aplicación de métodos psicoterapéuticos tradicionales, sobre todo durante las fases agudas del trastorno, de acuerdo con la psicoterapeuta, quien manifestó que la interpretación de los síntomas era su herramienta de uso diario y que no dudaba de la misma; aunque actualmente, esta enfermedad sea abordada desde varias perspectivas (OMS, 2015), y sea necesario que todo psicoterapeuta este informado sobre las investigaciones referentes a su tarea (Baringoltz & Levy, 2015).

Coincidiendo con Owen, Sawa y Mortensen (2016), debido al cuadro de descompensación psicótica y abuso de sustancias diagnosticado por guardia, las intervenciones farmacológicas apuntaron a disminuir los síntomas positivos. Es así que dicho servicio intervino farmacológicamente indicando la administración vía intramuscular de un

antipsicótico como el haloperidol, una benzodiazepina como el lorazepam, y un neuroléptico de acción sedativa como el fenergan, para comenzar con el tratamiento, en primera instancia, como lo planteado por los autores Jufe (2001) y Stahl (2011), sin embargo en cuanto al uso de herramientas psicoterapéuticas, y la efectividad de la TCC para este tipo de sintomatología, no se registraron intervenciones que mejoren el cuadro, como las trabajadas por Turner, Van der Gaag, Karyotaki, y Cuijpers (2014).

En este punto es apropiado retomar los objetivos de primer nivel propuestos por Colom y Vieta (2004), que consisten en generar conciencia de enfermedad en el paciente, la detección de síntomas prodrómicos y el cumplimiento del tratamiento.

Dado que un adecuado nivel de alianza terapéutica influye positivamente en el tratamiento (Goldsmith, Lewis, Dunn, & Bentall, 2015), en el primer encuentro con el paciente, la psicóloga dedica unos minutos para presentar al equipo tratante asignado, indicando la disponibilidad del mismo para cualquier situación en la que Juan requiriera asistencia, sin embargo, no se le explicó en este punto los horarios de atención del servicio, y no se trabajó con lo propuesto por Baringoltz y Levy (2015) en que al inicio del tratamiento, la temática debe ser neutra; tanto la psicóloga como la psiquiatra abordaron en primer instancia la sintomatología sin seguir los puntos de interés del paciente, aunque si se consideró el método de befriending, es decir, el hacerse amigo (Kingdon y Turkington, 1994).

La profesional remarcó que durante esta fase del tratamiento era importante que se forjara una alianza terapéutica con el paciente por medio de la confianza y empatía, y de esta manera poder conseguir un compromiso por parte de ambos, como destacaron Goldsmith, Lewis, Dunn, y Bentall (2015). Entonces, se le preguntó al paciente si conocía los motivos por los cuales estaba en el hospital, no con el fin de construir el motivo de consulta que según ella se desprende de que haya intentado agredir a su mujer y haya acabado en el servicio de guardia con la policía; sino con el fin de investigar acerca de cómo se encontraba el paciente, su conciencia de enfermedad y en la detección de síntomas prodrómicos, es decir, con los objetivos de primer nivel según Colom y Vieta (2004).

En la misma primera entrevista, y luego de un breve relato con Juan, las profesionales se mostraron sorprendidas ya que el paciente se hallaba vigil, atento y con vocabulario apropiado, pese a la medicación que había recibido desde hacía tres días. Posteriormente, en el consultorio, la médica psiquiatra comentó que el estado del paciente podría deberse a una tolerancia a los psicofármacos (APA, 2014). La psicóloga, por otro lado, aprovechando el estado de lucidez del paciente y, por medio de la escucha, se centró en lograr que se sintiera

comprendido, indagando sobre los pensamientos y emociones del mismo, con el objetivo de que el paciente pudiera sentirse seguro, promoviendo un ambiente cálido y de confianza.

El paciente desde el inicio ha cooperado, y se lo ha observado dispuesto y motivado, relató que no sabía por qué había abandonado su tratamiento anterior, haciéndose responsable de ello, con un firme sentimiento de culpa, ya que consideraba que el debería haber actuado mejor en su rol como hijo, y sentía mucha tristeza por todo lo que la madre había hecho por él y su familia. En esa oportunidad, no se observó que se trabajara con esa creencia de J, en base al cumplimiento de los tratamientos, tanto del anterior como del actual, y esto es importante, porque también es considerado un objetivo de primer nivel por Colom y Vieta (2004), pudiéndose abordar desde el reformulamiento de creencias, o cuestionamiento socrático, tal como lo explican Baringoltz y Levy (2015).

Según Safran y Muran (2005), esa experiencia para con su internación anterior que experimentó el paciente, se asocia con resultados terapéuticos pobres, que muestran mayor evidencia de procesos interpersonales negativos, y abandono de tratamientos. Lo que no pareció ser relevante para el equipo, ya que este consideró que como fue ingresado por personal policial, contradice su discurso; acordando con lo que explican Baringoltz y Levy (2015), en cuanto a que frecuentemente no sea el consultante quien solicite el tratamiento.

El paciente manifestó estar muy dolorido por la aplicación del inyectable, solicitando si se podía hacer un cambio en la administración del mismo, y se le explicó que por razones de seguridad, el servicio mantiene la aplicación inyectable durante 48 hs. Cuando se indagó sobre ese procedimiento en la entrevista semiestructurada con la médica psiquiatra, ella explicó, que se toma ese recaudo para que no queden dudas de que se haya suministrado la medicación, coincidiendo con lo trabajado por Baringoltz y Levy (2015) en cuanto al uso de medicación de depósito hasta que el paciente logre una mayor conciencia del tratamiento farmacológico. Pero no se observó que se le enseñase en terapia que este es un paso inicial dentro de su tratamiento, como recomienda Baez (2012).

Por otro lado, la médica psiquiatra dispuso de un protocolo de preguntas, cuyo objetivo era indagar sobre cuestiones clínicas básicas, como apetito, sueño, dolores, sensaciones corporales, antecedentes clínicos, etc. Así como también, preguntas sobre el cuadro psiquiátrico, ya sea sobre la presencia de voces, alucinaciones visuales, ideas delirantes o bien compulsiones u obsesiones. Según la profesional, de esta forma obtiene un estado claro de cómo se encuentran los pacientes. Sin embargo, la psicóloga difirió en este punto, mostrándose incómoda en el consultorio, sosteniendo que esas eran preguntas vacías, y que no había necesidad de hacer un punteo de ese tipo, el paciente a su vez, se mostró inquieto, y

dijo no entender si debía contestar o no, y su actitud dejó de ser empática, Safran y Muran (2005) trabajaron sobre estas rupturas y dificultades en la alianza terapéutica y mencionan que son inevitables.

Luego del protocolo anteriormente dicho, la médica psiquiatra enseñó al equipo, que como el paciente manifestaba insomnio y, a su vez, se mostraba muy inquieto, las benzodiazepinas facilitarían la reducción de ansiedad, ya que si bien el antipsicótico tiene efecto sedante, demora en hacer efecto (Jufe, 2001).

El día en que el paciente fue atendido por primera vez en admisión, el equipo, como ya se ha indicado, mantuvo una entrevista con su madre; quien mencionó que el paciente había estado hablando sólo, con un discurso de tipo agresivo, similar a la manera en que era tratado por su hermano; los comentarios críticos y hostiles del contexto familiar como indica Weiden (2016), sensibilizan particularmente a los pacientes por lo cual es importante trabajar con los mismos. Asimismo, la psicóloga buscó trabajar con la madre en la explicación sobre las conductas del paciente que deberían ser encuadradas en el contexto de su enfermedad, y posteriormente explicó al equipo que la familia ve a un integrante cambiado, con una conducta retraída, aislado, que puede permanecer callado, enojarse, agredir, insultar, y que la convivencia se convierte en un problema, se torna tensa, insoportable, tal como lo describen Baringoltz y Levy (2015).

En las sesiones siguientes, la terapeuta continuó con la intención de generar una alianza terapéutica sólida, e indagó acerca de su estilo de vida y las experiencias vividas que produjeron y mantuvieron los síntomas, según refieren Beck y Rector (2002). Efectivamente, la profesional remarcó que uno de los factores desencadenantes de su enfermedad fueron el vínculo conflictivo con su pareja y su reciente paternidad.

La psicóloga abordó de manera infructuosa la toxicidad del vínculo de acuerdo con la conducta demandante de su pareja; manteniendo el paciente el sentimiento de incompetencia e inadecuación. La psicoterapeuta sostuvo que su propósito fue que J se topara con evidencias de que los juicios que mantiene cotidianamente no refieren a las experiencias reales vividas. Según Beck, Rector, Stolar y Grant (2010), el objetivo inicial para el tratamiento de los delirios es poder generar que el paciente cuestione sus creencias. Dado que el paciente continuó reticente a cuestionar dicha relación y cuán sanas eran sus conductas, la psicóloga postergó la utilización de esa técnica hasta que el paciente colaborara con la misma. Alford y Beck (1997), proponen que frente al escalamiento y activación emocional, se utilicen herramientas como la moderación del discurso interno, la relajación, técnicas de respiración, pero no se evidenció que se efectuara ninguna de estas, así como tampoco se han

implementado mecanismos de reparación por parte de la profesional, como la validación de la respuesta del paciente, de pedir disculpas, de utilizar el humor, u incluso aceptar las diferencias explícitamente, como sugieren implementar Baringoltz y Levy (2015) frente a este tipo de dificultades en sesión.

Se prosiguió a trabajar entonces con su paternidad, y estrategias para el cuidado de su hija. La profesional indicó que se realizó esta intervención con la intención de poder incrementar el sentimiento de autocompetencia, fundamental para su motivación (Avery, Startup, & Calabria, 2009), que podría ubicarse como objetivo de segundo nivel para conseguir cierta regularidad en su estilo de vida, como proponen Colom y Vieta (2004),

Las dificultades que se presentaron durante la internación del paciente fueron insomnio, enlentecimiento motor, junto con una sensación que le impedía mover la pierna izquierda. Razones por las cuales, según la psicóloga, no pudo avanzar con el tratamiento, y no utilizó psicoeducación en este punto como recomiendan Baringoltz y Levy (2015). Luego de dudar sobre la veracidad de su relato dos días seguidos, la médica psiquiatra procedió a sustituir el haloperidol por risperidona, a la espera de que esta sintomatología mejorase.

Posteriormente, pese a la poca colaboración de J, la psicóloga se centró en enseñarle estrategias para afrontar su enfermedad, se trabajó en ayudar al paciente a que encontrara una actividad que le gustara realizar con el objetivo de lograr un cambio comportamental y fomentar sentimientos de control, como mencionan Muñoz Molina y Ruíz Cala (2007) y Colom y Vieta (2004), y se le señaló que era importante que encontrara una actividad más allá de pasar tiempo con su familia, para comenzar a desarrollar su autonomía e independencia.

El síntoma motor se mantuvo y, por lo tanto, se modificó el esquema farmacológico, reemplazando la risperidona por clozapina. Stahl (2011) describe que se debe administrar clozapina en aquellos casos en los que dos antipsicóticos no resultasen efectivos, en concordancia con Elkis y BuckLey (2016) quienes sostienen que es la medicación de elección para los tratamientos de esquizofrenia de tipo resistente.

La médica psiquiatra planteó que la clozapina produce una mejoría en los síntomas negativos, y menos efectos adversos, pero reconoció haber dudado en administrarle ese antipsicótico al paciente porque consideró que dadas sus características, una vez externado no iba a cumplir con los controles hematológicos requeridos para continuar con la administración de clozapina. Entonces, se trabajó en conjunto con la psicóloga, informándole a la madre que, durante el tratamiento con este psicofármaco, el paciente debía efectuarse, inicialmente con una frecuencia semanal, el conteo de glóbulos blancos para prevenir una

posible agranulocitosis (Elkis & BuckLey, 2016). A su vez, también se reconoció que podría llegar a ser efectiva para disminuir el consumo de marihuana del paciente (Drake, Xie, McHugo & Green 2000). Se procedió entonces a la firma por parte del paciente del consentimiento informado requerido por el programa de fármaco-vigilancia intensivo del A.N.M.A.T, y luego de transcurridos dos días del cambio de esquema farmacológico, los síntomas del paciente comenzaron a evolucionar favorablemente. El paciente pudo sentir la mejoría refiriendo que ya no tenía esa sensación en su pierna y que podía conciliar el sueño con mayor facilidad. Pese a que Turner, Van der Gaag, Karyotaki, y Cuijpers (2014) hayan demostrado que las intervenciones de entrenamiento en habilidades sociales sean efectivas en la reducción de la sintomatología negativa, no se observó que se implementara ninguna de ellas.

Luego de que el equipo hubiera logrado estabilizar sintomáticamente al paciente, se necesitó de él, que aprendiera a identificar las interpretaciones delirantes, o la valoración angustiosa de las voces, para poder buscar otras interpretaciones. Se intentó dar sentido a los delirios del paciente en el contexto de su historia personal y vulnerabilidad previa, ya que como explicó la terapeuta, era preciso que el paciente lograra entender que los delirios y voces son malinterpretaciones de eventos internos (Beck & Rector, 2000).

Entendiendo que la atención brindada en el servicio de admisión había cumplido su cometido, que el paciente se encontraba estabilizado y que no era necesario continuar con la privación de su libertad; se decidió darle el alta para que continuase su tratamiento de manera ambulatoria. Como plantean González de Chávez et al. (1999), la medicación no basta para que el paciente se rehabilite, por lo que se decidió que continuase el mantenimiento de su tratamiento en otra institución, cuya finalidad es reducir recaídas, y facilitar la reinserción social del paciente (Jufe, 2011).

La licenciada remarcó que no se encuentra satisfecha con el trabajo realizado, ya que el servicio de admisión no dispone de un trabajo integral; pero que entiende que es un espacio de asistencia ante la urgencia, y que es habitual trabajar con la frustración y las limitaciones diarias; tal como Prochaska (2001) describe a ese sentimiento de frustración percibido por el profesional, frente al tratamiento de diagnósticos graves.

5. Conclusión

6.1 Resumen del caso

Lo expuesto en el apartado del desarrollo del caso, permitió describir el tratamiento implementado por profesionales de la salud mental, durante la internación involuntaria de un paciente de 23 años diagnosticado con esquizofrenia, en un Hospital Neuropsiquiátrico Público.

El paciente fue ingresado al hospital por su madre y personal policial, descompensado, agravado en su situación por el consumo de sustancias, no habiendo podido abordar su problemática contextual, y sin la contención necesaria por parte de sus vínculos cercanos.

En principio fue evaluado por el personal de guardia, quienes no pudieron concretar una entrevista inicial ya que el paciente comenzó a comportarse en forma agresiva y riesgosa, por lo que se debió dar por finalizada la misma. Por tal motivo, no se logró recabar la totalidad de la información requerida, tras lo cual se procedió con la internación de modalidad involuntaria. El diagnóstico presuntivo indicado por ese grupo tratante, fue de un trastorno por consumo, indicando como motivo de consulta, un cuadro de descompensación psicótica.

Se intervino al paciente farmacológicamente, sin dar lugar a otro tipo de intervención hasta tres días después, ya que el paciente se descompensó un día viernes.

El equipo designado para su atención concluyó un diagnóstico de esquizofrenia luego de atender al aspecto del paciente, así como al relato de su madre y luego de tomar conocimiento del tratamiento previo realizado.

No se consideró relevante el hecho de que el paciente consumiera sustancias como para realizar un diagnóstico diferencial, ni se tomaron como referencia estudios, evaluaciones u otro tipo de herramientas, que sustenten teóricamente el diagnóstico realizado. Solo se realizaron estudios clínicos de rutina, y evaluaciones semiológicas. Tampoco se ha consultado el DSM 5.

A partir de allí, se lo intervino con el fin de que no cumpliera su cometido de acabar con la vida de su pareja, apuntando a que el paciente se estabilizara emocionalmente y que pudiera adquirir herramientas para poder criar de manera apropiada a su hija y generar un vínculo sano con la misma. Se enfatizó en objetivos que apuntaran a la adquisición de habilidades que le permitieran relacionarse con su familia, al encuentro de alternativas

tratantes para su adicción y la posibilidad de continuar con un tratamiento que lo ayudara a prevenir una posible recaída, en pos de poder auxiliarse en tiempo y forma.

El servicio de admisión es un servicio de urgencia que tiene como objetivo tres áreas fundamentales, estabilizar a los pacientes, proseguir con su tratamiento ambulatorio, y/o darles el alta. El tratamiento del paciente en cuestión, atravesó una primera instancia en donde se trabajó con su padecimiento sintomático de tipo positivo, y luego se intentó proseguir con una manifestación de tipo negativa, sin haber logrado la consecución de los propósitos requeridos.

Se consideró que ya no presentaba signos de riesgo cierto e inminente e incluso las ideas de acabar con la vida de su pareja también se habían disipado, por lo que ya no se justificaba entonces, la privación de su libertad. Por lo que se le indicó en principio, que continuase con su atención de manera ambulatoria para posteriormente, darle el alta del hospital, de modo tal que el paciente pudiese continuar un tratamiento en otra institución.

6.2 Limitaciones

Como primera mención, se describirán limitaciones pertenecientes al dispositivo hospitalario que han condicionado a la experiencia.

Durante el transcurso de esta actividad académica, el servicio de admisión debió atender pacientes, cuyas características no pertenecían a la atención de salud mental. Particularmente, el equipo que trató al paciente descrito, contaba con 10 pacientes internados, motivo por el cual, muchas de las sesiones del mismo, fueron interrumpidas por la demanda de otros internados.

Se ha encontrado que ni en el servicio de guardia ni en el servicio de admisión, se cuenta con la disponibilidad del DSM 5 para el uso del profesional. Y además, siguen manteniéndose los criterios diagnósticos anteriores, sin aplicar los nuevos conceptos que dicho manual posee (APA, 2013), Sandín (2014) establece la importancia que tiene el uso de esta versión vigente ya que en él se han eliminado los tipos de esquizofrenia clasificados anteriormente debido a su poca fiabilidad y validez, con el fin de integrar la heterogeneidad de los tipos y gravedad de síntomas dando como resultado un enfoque multidimensional (APA, 2013), para favorecer diagnósticos más complejos y estrategias de tratamiento más flexibles (Baringoltz & Levy, 2015).

A su vez, las profesionales contaban con poco tiempo para ser entrevistadas. La psicóloga concurría al hospital pocas horas al día. Por lo que dichas entrevistas, fueron

realizadas fuera de su horario laboral, con la imposibilidad de su grabación. Por lo expuesto, debe aclararse, que lo que figura entre comillas se registró mediante notas informales.

Particularmente, la psicóloga del equipo advirtió la limitación en cuanto al alcance que percibía diariamente en su labor y esto, se interpretó como una condición impuesta por la institución y su rol dentro de ella.

Aclarado lo anterior, se procede a mencionar las salvedades del caso expuesto.

Como primera limitación, parte de la sintomatología con la que el paciente ingresó al hospital, no pudo ser observada en forma directa, con lo cual, se deberían haber realizado entrevistas a los profesionales de guardia para ampliar y enriquecer el contenido extraído de la historia clínica.

Como ya se ha indicado en varias oportunidades, el servicio de admisión, es un servicio de atención de urgencia y, que para cuando se pudo evaluar al paciente, este, ya no presentaba el cuadro inicial. También, es por causa de dicha modalidad de atención, que la observación en cuanto al trabajo psicoterapéutico se encuentre limitada.

Por último, como segunda limitación, no se ha podido participar de las sesiones familiares del paciente con su madre, por tanto, los datos en cuanto a esas intervenciones, solo han podido ser recabados, a través de las entrevistas realizadas a los profesionales y de la lectura de la historia clínica.

6.3 Perspectiva crítica y aporte personal

Sabiendo que se observó un abordaje frente a la urgencia, se podrían discutir algunos aspectos sobre los cuales el concepto que ha resonado y que atraviesa todo el documento proviene del significado que el lector le otorgue al término “contexto”.

En principio, se reitera, que el paciente ha ingresado a un servicio de guardia hospitalaria un día viernes por la tarde. Dicho servicio, cuenta con un profesional médico psiquiatra, y equipo de enfermería, sin profesionales de la psicología, por lo que se entiende que la evaluación interdisciplinaria requerida por la Ley vigente, no se ha podido realizar por falta de recursos hospitalarios, sin quedar en claro cómo se ha registrado su ingreso y el desarrollo de su patología durante tres días, ya que el consentimiento informado, junto con el documento que se presentó posteriormente al juez, fue realizado el lunes siguiente (Ley N° 26.657, 2010).

No obstante, al margen del carácter legal, se está hablando de un paciente que, no pudiendo hacer frente a la demanda de su contexto y, habiendo demostrado una conducta no

solo desadaptada, sino, incluso violenta, ha sido tratado solo en forma farmacológica por los profesionales de enfermería, sin recibir atención psicológica, que lo hubiese ayudado a sobrepasar los primeros momentos en la institución, con todo el sufrimiento que ello implica (Jankovic et al., 2011). Se desprende de esto, lo trabajado por Ghioldi (2010), en cuanto a que, la práctica psiquiátrica, se encuentra actualmente atravesada por las demandas de la urgencia del paciente, de la familia, y de la sociedad.

Se debe destacar que la Ley de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010) sustenta el reconocimiento de los derechos de los pacientes como ciudadanos, como personas, como sujetos de derecho. En relación con este punto, durante la práctica, se hallaron referencias específicas a la falta de autonomía (episodio de tentativa de huida del hospital), que no incluyen el valor que la Ley otorga, a la participación del paciente, al respeto de la condición de persona, sus decisiones y sus deseos.

Adicionalmente, se evidenció que frente a la norma, existen obstáculos vinculados a la herencia de una tradición conceptual con la que se han formado los profesionales, y a los conflictos de intereses y visiones que se resisten a las transformaciones; a contramano de todas las tendencias modernas nacionales e internacionales que regulan las reglas de su arte exponiéndolos, a situaciones de reproche penal (Ghioldi, 2010). Para ejemplificar esto, se tomó como referencia uno de los comentarios por parte de la psicóloga en donde manifestó su opinión acerca del padecimiento mental “no tiene vuelta atrás”. Aquí se observa una distancia conceptual, entre lo que la profesional estableció, y lo que dice la norma, en cuanto a que el padecimiento mental, no sea considerado un estado inmodificable (Ley Nacional de Salud Mental 26.657, 2010), pudiéndose esto relacionar con lo trabajado por Baringoltz y Levy (2015), en cuanto al deber que tiene el profesional de estar actualizado en su práctica profesional.

En cuanto a la realización del diagnóstico, teniendo en cuenta que en la guardia se trabajó con un posible trastorno por consumo de sustancias, y que dadas las características con las que se presentó el paciente, podrían haber indicado su presencia, no se utilizó el DSM 5, como ya se ha dicho, ni se tuvieron en consideración evaluaciones que sustentaran el cuadro, así como tampoco se realizaron diagnósticos diferenciales para evitar errores en la evaluación (APA, 2013), y esto es importante, ya que según el DSM 5 el trastorno de esquizofrenia no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

Sobre el punto referido a la elaboración del diagnóstico, también cabe agregar que el artículo 16 de la Ley de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010) impone que toda disposición de

internación, dentro de las 48 hs, debe contener, además de una evaluación, un diagnóstico interdisciplinario e integral, que justifique esa internación, en concordancia a lo explicado por García y Pérez (2003) y Tizon et al (2007), en cuanto a que el intercambio de la información interdisciplinaria es crucial durante la atención primaria de los pacientes, ya que en base a esa discusión, se diseñan estrategias que permiten tratar los casos detectados, estableciendo un criterio con el cual abordar el tratamiento. Teniendo en cuenta lo explicado por Sadock y Sadock (2012), que en ocasiones los pacientes suelen recibir un tratamiento incorrecto como consecuencia de un diagnóstico errado, sustentado en la falta de conocimiento de dicho trastorno. Ahora bien, esto, por un lado, presupondría la existencia previa de profesionales que pudieran atender al paciente de ese modo, pero además, se contrapone con lo sostenido en el apartado correspondiente al diagnóstico de la enfermedad, ya que una clasificación de este tipo, precisa de una buena observación clínica, la cual supone una evaluación del paciente en contexto, de una discusión interdisciplinaria y, por sobre todo, de tiempo, en donde se pueda evaluar el continuum del proceso psicopatológico del mismo; en concordancia con lo expresado por la psicóloga: *“no puedes en un día decir que alguien es esquizofrénico”, “después dicen que no hay que etiquetar a las personas”*.

En el marco teórico se menciona también, que la sintomatología que pueda manifestar un individuo, se encuentra regulada por las circunstancias particulares del mismo (Machado & Morales, 2013) y que el observador, no debe considerar un fenómeno aislado sino, un fenómeno en el contexto del sujeto (Capponi, 1987). Sin embargo, parte de la sintomatología considerada por el equipo, se basó en las observaciones que los profesionales de guardia realizaron. Sumado a esto, en el apartado correspondiente a la descripción de la sintomatología, se observa una importante fluctuación de la misma, ya que previo a su internación, el paciente se encontraba con su afectividad exacerbada (conducta heteroagresiva con su esposa) y luego de un periodo de atención farmacológica, el paciente experimentó síntomas de tipo negativos, entre ellos, aplanamiento afectivo, lo cual, generó incertidumbre, ya que no se supo si el mismo fue inducido por los fármacos, o si bien formaba parte del proceso sintomático que presentaría el paciente.

En cuanto al uso de la medicación, la Ley establece que la prescripción de la misma sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental, y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. Sin embargo, cuando el paciente quiso huir de la institución, su equipo tratante ya no estaba disponible, por lo que se lo contuvo y se lo medicó. Como resultante de esta intervención, el

paciente no reaccionó al día siguiente. Por tanto, se observan acciones distanciadas de las prácticas y necesidades concretas.

No se puede negar que se ha aprendido de la función de la clozapina para disminuir el consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia (Drake, Xie, McHugo, & Green, 2000), igualmente de interesante hubiese sido combinar dicho tratamiento con la implementación de la TCC, ya que Elkis y Buckley (2016) plantean que esta asociación mejora en forma sustancial a los síntomas.

La Ley aclara también, que cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario, deben registrarse en la historia clínica. Sin embargo, este hecho, en particular, fue obviado. Ghioldi (2010) hace hincapié sobre este sentimiento percibido por los médicos psiquiatras, a quienes se los expone a frecuentes reproches de responsabilidad profesional, cuestionamientos que no incluyen al resto del equipo terapéutico, aun cuando el psiquiatra haya actuado consensuadamente.

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), apunta a la igualdad de condiciones de los profesionales por idoneidad y capacidad para integrar los diferentes saberes del campo de la salud mental. Respalda procesos reales de construcción interdisciplinarios y cuestionando las hegemonías de las disciplinas.

Punto importante a tener en cuenta, ya que durante una intervención de la médica psiquiatra, la psicóloga comentó que eran preguntas vacías, que no había necesidad de hacer un punteo de ese tipo, poniendo de manifiesto así la divergencia en la aproximación teórica entre ambas, que demuestra que no se trabaja interdisciplinariamente, dando como resultado, que el paciente se encuentre escindido.

En cuanto a los recursos terapéuticos implementados, hubiese sido productivo, que el equipo, se contactase con la mujer del paciente, y que mediante la observación de su vínculo, trabajara en mejorarlo y sanarlo. Como así también, trabajar junto con el tío, quien según la madre, había ayudado al paciente en su quehacer diario, e incluso había notado ciertos rasgos que podrían haber enriquecido su anamnesis, como menciona Capponi (1987), en cuanto a la importancia que tiene la participación de familiares en la recaudación de información del consultante. Asimismo, la relación que se estableció con la madre del paciente, fue con el fin de recabar información acerca del mismo, pero se podría haber trabajado también con su inquietud, realizando algún tipo de contención, u explicación sobre la posible enfermedad de su hijo, es decir, psicoeducando a la familia, tal como lo indican Montaña, Nieto y Mayorga (2013), con el fin de que esa intervención mejorase el vínculo familiar.

Igualmente, se podría haber trabajado con la detección de los pensamientos automáticos como respuesta emocional, escuchando con cuidado el discurso del paciente, realizando preguntas dirigidas e incentivándolo a que piense creativamente como indican Beck, Rector, Stolar y Grant 2010), ya que estos recursos son accesibles, y se pueden implementar en un servicio de admisión. Paralelamente, cuando se trabajó para establecer un vínculo empático con el paciente, que en principio pareció funcionar ya que el consultante colaboró y se expresó comprometidamente, tal como predice Chinchilla Moreno (2007) sucedió que la psicóloga se mostró en desacuerdo con el protocolo implementado por su compañera e incluso manifestó que no estaba conforme con ello. Más allá del desacuerdo teórico conceptual sostenido entre ambas, impresionó que esta discordancia entre las profesionales, fue percibido por el paciente, y puede que este, junto con otros (hablar del aspecto del paciente, delante de él) fueran el motivo por el cual su vinculación para con el equipo se haya empobrecido, resultando su resistencia al diálogo y su desgano. Chinchilla Moreno (2007) afirma que los objetivos psicoterapéuticos deben contener entrenamiento en habilidades sociales, e intervenciones motivacionales, entre otros, pudiendo ser productivo trabajar con los mismos, dadas características de este caso.

Finalmente, es preciso señalar que no ha quedado en claro el motivo por el cual el paciente no continuó su tratamiento en la institución; ya que lo que se espera de los equipos de admisión, es que una vez superada la urgencia, se evalué si el paciente está en condiciones de reinsertarse socialmente; y en el caso, como lo fue este, que el contexto no era favorable para su evolución, el paciente debería haber sido derivado a los otros servicios del hospital para continuar con su tratamiento. Haciendo la salvedad que posiblemente se le indicó otro establecimiento en razón de la proximidad geográfica a su domicilio. Razón esta entendible, pero que debería haberse instrumentado con una exitosa comunicación entre ambos equipos interdisciplinarios, para que así, el paciente pudiera tener una mejoría en su salud mental. Atendiendo también, que si el paciente llega a una nueva institución, sería viable que se pudieran establecer nuevas líneas de sentido, que enriquecerían una aproximación terapéutica diferente a la patología del mismo.

Es importante destacar que en cuanto al sistema de derivaciones, la Ley de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010) en su artículo 30, señala que sólo corresponden las mismas, si se realizan en lugares donde se cuente con mayor apoyo y contención social o familiar, y que los traslados deben efectuarse con acompañamiento del entorno familiar o afectivo de la persona.

6.4 Nuevas líneas de investigación

El presente trabajo advierte la necesidad de que las diversas disciplinas existentes en la institución, puedan combinarse, con el fin de promover prácticas novedosas y viables que puedan articularse con la norma vigente.

En cuanto a la formación profesional, se requieren de cambios curriculares y capacitaciones en servicio, que concuerden con la perspectiva que plantea la Ley, en cuanto a la garantía de los derechos humanos, y que se promuevan prácticas profesionales desde un enfoque humanitario. No obstante, ese cambio en la formación profesional, incluye la necesidad de revisar una dimensión ideológica, que trascienda al campo profesional, e implique un debate con la comunidad para legitimar las nuevas prácticas propuestas.

Esto supone que, para garantizar la viabilidad de nuevas prácticas, deben existir la concurrencia de un plan nacional de salud mental que impulse los cambios, proponga nuevos programas y proyectos al mismo tiempo, que se habiliten espacios dentro de las instituciones que rompan con los modelos tradicionales de atención. Estos aspectos mencionados, formación y voluntad política e institucional, son correlativos con la necesidad de una creación efectiva de dispositivos, para sostener prácticas de atención en la comunidad.

Se debería investigar si la Ley puede garantizar el acceso a derechos, sin la presencia eficaz del Estado con políticas públicas, saberes y prácticas que sostengan el cambio de paradigma.

El presente trabajo ha sembrado la inquietud de profundizar el estudio acerca de la Ley y su vinculación con la práctica clínica. Investigar, acerca de herramientas que permitan articular las dificultades que se evidencian a lo largo del trabajo, y que permitan superar las zonas grises vinculadas a la viabilidad económica y administrativa. Junto con la necesidad, de indagar acerca de cómo modificar las formaciones curriculares, que son problematizadas, e interpretadas como resistencias hegemónicas. Surge como desafío la posibilidad de desarrollar articulaciones innovadoras, interdisciplinarias e intersectoriales.

Y, particularmente, este trabajo integrador despertó en la autora la sensibilidad de, siguiendo esta última línea de sentido, investigar, promover, recrear, aproximaciones a la salud mental desde la óptica de la misma. Entendiendo así, que la enfermedad, vista desde este nuevo lugar de pensamiento, debería ser, un recorrido claro hacia la salud mental. De tal forma que la autora sostiene, que teniendo en cuenta la disociación operativa, el profesional puede y debe implicarse en la búsqueda de la salud del paciente como una tarea plena, abarcadora, y profundamente creativa.

6. Referencias Bibliográficas

- Addington, J., & Haarmans, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for individuals recovering from a first episode of psychosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(1), 43-49.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales TR*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Panamericana.
- Avery, R., Startup, M., & Calabria, K. (2009). The role of effort, cognitive expectancy appraisals and coping style in the maintenance of the negative symptoms of schizophrenia. *Psychiatry research*, 167(1), 36-46.
- Awad, G. (2008). Calidad de vida en esquizofrenia: conceptos y medidas para la práctica clínica. *Revista psiquiátrica de Uruguay*, 72(2), 121- 129.
- Bach, P. & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1129-1139. doi: 10.1037/0022-006X.70.5.1129
- Bach, P., Hayes, S. C., & Gallop, R. (2011). Long term effects of brief acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior modification*, 36(2), 165-181.
- Baez, A. M. (2012). *Puentes en terapia cognitiva*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Polemos.
- Baringoltz, S., & Levy, R. (2015). *Terapia Cognitiva Del dicho al hecho*. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Polemos.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2010). *Esquizofrenia. Teoría cognitiva, investigación y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Bellack, A. S. (2004). Skills Training for People with Severe Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 375-391.

- Bhugra, D. (2010). Schizophrenia, The nice guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. *National Collaborating centre for mental health*, Updated Edition. 1-494.
- Bleuler, E. (2011). *Dementia praecox o el grupo de las esquizofrenias*. Avellaneda: Polemos. Publicación original de 1911.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 252-260.
- Burns, J. (2006). La hipótesis del cerebro social en la esquizofrenia. *World Psychiatry (Edición en español)*, 4(2), 77-81.
- Caballero Moreno, A. (2011). Emil Kraepelin. Su papel en la construcción de la psiquiatría moderna. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana* 2011, 8(2)
- Capponi, R. (1987). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago: Universitaria. Centro de Estudios Legales, sociales (Argentina), & Editorial Universitaria de Buenos Aires. (2007). *Derechos humanos en Argentina: Informe... CELS*.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Barcelona: Editorial Ars Medica.
- Consoli, A. J., & Machado, P. P. (2004). Los psicoterapeutas, ¿nacen o se hacen? Las habilidades naturales y adquiridas de los psicoterapeutas: implicancias para la selección, capacitación y desarrollo profesional. En H. Fernández Álvarez, & R. Opazo, *La integración en psicoterapia. Manual práctico* (págs. 385-451). Barcelona: Paidós.
- Di Nella, Y., Sola, M., Calvillo, L., Negro, L., Paz, A., & Venesio, S. (2011). Sala de Situación. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(8), 43.
- Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Green, A. I. (2000). The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (02), 441-449.
- Durand, V. M., Barlow, D. H., Hernández, J. C. P., & de Pezzolato, M. G. (2007). *Psicopatología: Un enfoque integral de la psicología anormal*. Cengage Learning.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74. doi: 10.4067/S0718-48082014000100007
- Elkis, H., & Buckley, P. F. (2016). Treatment-Resistant Schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(2), 239-265.

- Figueres, G., Fulcar, I., Méndez, Y., Núñez, S. & Sánchez, F. (2002). Características de las ideas delirantes en pacientes esquizofrénicos en el hospital psiquiátrico Padre Billini. *Revista Médica Dominicana*, 63(2), 216-219.
- García Montes, J. M., Pérez Álvarez, M., & Cangas Díaz, A. (2006). Aproximación al abordaje clínico de los síntomas psicótico desde la aceptación. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 293-307.
- García, J. & Pérez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 107-122.
- Ghioldi, L., & Toro Martínez, E. (2010). Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria de internación basada en la peligrosidad para sí o terceros. *Vertex*, 21(89), 63-69.
- Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G., & Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological medicine*, 45(11), 2365-2373
- Granholt, E. L., McQuaid, J. R., & Holden, J. L. (2016). *Cognitive-Behavioral Social Skills Training for Schizophrenia: A Practical Treatment Guide*. New York: Guilford Publications.
- Haro, JM; Ochoa, S; Cabrero, L. (2001) Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29 (2): 103-108.
- Jankovic, J., Yeeles, K., Katsakou, C., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Priebe, S. (2011). Family Caregivers' Experiences of Involuntary Psychiatric Hospital Admissions of Their Relatives a Qualitative Study. *PLoS ONE*, 6(10), e25425.
- Jiménez, M.P., Ramos, F., & Sanchís, M.C. (1995). Las Esquizofrenias: aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología vol II* (pp. 488-493). España: Mc Graw-Hill.
- Jufe, G. (2001). *Psicofarmacología práctica*. Buenos Aires: Polemos.
- Kane, J. M., & Mcglashan, T. H. (1995). Treatment of schizophrenia. *The Lancet*, 346(8978), 820-825.
- Kazdin. (1984). *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York: Plenum Press.
- Laviana, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 345-373.

- Leiderman, E. A. (2008). Estudio de efectividad en pacientes con esquizofrenia crónica: CATIE. ¿Qué podemos aprender? *V Xer*, 129.
- Ley 26.657. Congreso de la Nación Argentina. 25 de Noviembre de 2010.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). Buenos Aires: Boletín Oficial. N° 32041.
- Lolich, M., & Leiderman, E. A. (2008). Estigmatización en la esquizofrenia y otros trastornos mentales. *Rev. Arg. de Psiquiat*, XIX, 165 – 173.
- Machado, J. & Morales, C. (2013). Patrones de prescripción de antipsicóticos en pacientes afiliados al sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Biomédica, Revista del Instituto Nacional de Salud*, 33(3), 1-32.
- Márquez, C. (2007). Psicoterapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Vertex*, 18(Sup. Especial), 38-42.
- Martínez, J. T., & Tomàs, E. P. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 48-59.
- May, P. R. A. (1968). *Treatment of schizophrenia: A comparative study of five treatment methods*. New York: Science House.
- Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107.
- Muñoz Molina, F. J., & Ruíz Cala, S. L. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*, XXXVI(1), 98-110.
- Orellana G. & Slachevsky A. (2006). Trastornos Neurocognitivos en la Esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 1(1), 41-49.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Esquizofrenia*, N° 397. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, 388(10039), 86 -97.
- Pérez Álvarez, M. (2012). *Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura*. *Psicothema*, 24(01), 1-9.

- Pérez Alvarez, Marino; García Montes, José Manuel; (2006). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, enero, 107-122.
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general integral*, 15(2), 196-217.
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., & Sass, L. (2010). La hora de la fenomenología en la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 221-233.
- Petkari, E. (2010). *Determinantes longitudinales de calidad de vida en esquizofrenia: un análisis prospectivo del estudio EUNOMIA*. Tesis doctoral, Universidad de Granada.
- Pfammatter, M., Junghan, U. & Dieter, H. (2006). Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Metaanalyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 64-80.
- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., Buck, B., Healey, K., & Harvey, P. D. (2014). The Social Cognition Psychometric Evaluation Study: Results of the Expert Survey and RAND Panel. *Schizophrenia bulletin*, 40(4), 813-823.
- Quintero, J. Barbudo, E. López, M. & López, J. (2011). La evolución del concepto de Esquizofrenia Resistente al tratamiento. *Actas de psiquiatría*, 39(4), 236-250.
- Radhakrishnan, R., Wilkinson, S. T., & D'Souza, D. C. (2014). Gone to pot -a review of the association between cannabis and psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 5(54), 1-24.
- Rebolledo Moller, S., & Lobato Rodríguez, M. J. (1999). *Como afrontar la esquizofrenia, una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. España: Aula médica.
- Resnik, A. (1999). La cuestión mental y la salud pública. *Revista del Instituto de Higiene y Medicina Social*, 3(1), 9-20.
- Romero, J. D. L. H. (2005). Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. *Apuntes de Psicología*, 23(3), 275-292.
- Rubistein, A. (1996). Sobre la Admisión. Ficha de cátedra de Salud Mental de Universidad de Buenos Aires. Recuperado el 28 de agosto de 2016, de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/146_acercamiento/material/rubistein_%20sobre_la_admision.pdf
- Runte Geidel, A. (2005). *Estigma y esquizofrenia: Qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores (Tesis de doctorado)*. Obtenido de <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/15750784.pdf>

- Russo, M. J., & Allegri, R. F. (2015). *Etiologías de los trastornos cognitivos en relación con los diferentes grupos etarios*. En C. Feldberg, & I. Demey, *Manual de rehabilitación cognitiva* (pág. 33-66). Buenos Aires: Paidós.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2012). *Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Wolters Kluwer.
- Safran, J., & Muran, C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.
- Safran, J., & Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica, Una guía para el tratamiento relacional*. Cantabria: Desclée de Brouwer.
- Sandín, B. (2014). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.
- Sanz, B. & Del Rio, M. (2010). La creación artística como tratamiento de la esquizofrenia: una aproximación metodológica. *Archivos de Psiquiatría*, 73(2), 2-18.
- Secretaría de Salud (2002). *Programa específico de esquizofrenia*. México, D.F.
- Sennett, R. (2003). *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona: Anagrama.
- Sharif Z A. Common treatment goals of antipsychotics: acute treatment. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl. 19): 5-8.
- Solórzano, H., Padrós, F. & González, V. (2011). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia a través del IPT (Tratamiento Psicológico Integrado). *Uaricha Revista de Psicología*, 8 (16), 91-105.
- Spitzer, Rl., Endicott, J. and Robbins, E. , *Research Diagnostic Criteria: Rational and Reliability*, Arch. Gen. Psychiatry, 35: 773, 1978 b.
- Stahl, S. M., Muntner, N., & Grady, M. M. (2010). *Psicofarmacología esencial de Stahl: bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas*. Aula Médica, Formación en Salud.
- Stevens, J. R., Prince, J. B., Prager, L. M., & Stern, T. A. (2014). Psychotic disorders in children and adolescents: A primer on contemporary evaluation and management. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(2). doi:10.4088/PCC.13f01514.
- Sthal, S. M. (2011). *Guía del prescriptor*. Madrid: Aula medica formación en salud.
- Subsecretaría de redes asistenciales del ministerio de salud de Chile. (2008). Enfermedades psiquiátricas. En *Manual clínico para los servicios de atención primaria de urgencia* (págs. 79- 89). Santiago: Minsal.
- Tajima, K., Fernández, H., López-Ibor, J. J., Carrasco, J. L., & Díaz-Marsá, M. (2009). Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(6), 330-342.

- Tizón, J. L., 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)119-26.
- Turner, D. T., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2014). Psychological Interventions for Psychosis: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Am J Psychiatry*, 171(05), 523-538.
- Vallina, O. & Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364.
- Vicens, E. (2006). Violencia y enfermedad mental. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8, 95-99.
- Weiden, P. J. (2016). Redefining Medication Adherence in the Treatment of Schizophrenia: How Current Approaches to Adherence Lead to Misinformation and Threaten Therapeutic Relationships. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(2), 199-216.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M., Tisera, A., Sopransi, M. B., Lenta, M. M., & Freire, M. (2011). Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental. In *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto Gino Germani.