



Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Trabajo Final Integrador

**Abordaje de pacientes con esquizofrenia por
parte de los servicios de Guardia y Casa de
Medio Camino de un hospital de CABA a
partir de la Ley 26.657**

Alumno: Ballesty, Santiago
Tutor: Da Silva, Natalia
Fecha entrega: 19/06/2018

Índice

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	OBJETIVO GENERAL	4
2.1.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
3.	MARCO TEÓRICO	5
3.1.	SALUD MENTAL	5
3.1.1.	LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL.....	6
3.1.1.1.	ANTECEDENTES HISTÓRICOS	6
3.1.1.2.	ADECUACIÓN A LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL	9
3.2.	ESQUIZOFRENIA	11
3.2.1.	TRATAMIENTO PARA LA ESQUIZOFRENIA	15
3.2.1.1.	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	16
3.2.1.2.	TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO	17
3.3.	TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN SALUD MENTAL	21
3.3.1.	SERVICIO DE GUARDIA.....	23
3.3.2.	CASA DE MEDIO CAMINO.....	24
4.	METODOLOGÍA	25
4.1.	TIPO DE ESTUDIO.....	25
4.2.	PARTICIPANTES	25
4.3.	INSTRUMENTOS	26
4.4.	PROCEDIMIENTO.....	27
5.	DESARROLLO	27
5.1.	CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA	27
5.2.	CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 26.657 EN EL ABORDAJE DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE ESTOS SERVICIOS.....	29
5.3.	CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO DE LOS SERVICIOS DE GUARDIA Y CASA DE MEDIO CAMINO DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES SOBRE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA	33
5.4.	DISPOSITIVOS O MODALIDADES DE ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO PARA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA QUE PODRÍAN IMPLEMENTARSE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE ESTOS SERVICIOS PARA MEJORAR LA ADECUACIÓN A LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL 26.657	35
6.	CONCLUSIONES	37
7.	REFERENCIAS	44

1. Introducción

El presente trabajo fue confeccionado como resultado de la práctica profesional realizada en los servicios de Guardia y de Casa de Medio Camino de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El servicio de guardia cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por siete psiquiatras, uno de los cuales es el jefe de psiquiatría de la guardia, una psicóloga y una trabajadora social, que a su vez trabajan en conjunto con una guardia permanente de enfermeros y guardias de seguridad. El tipo de atención que se realiza se enfoca fundamentalmente en la atención de emergencia de internaciones voluntarias e involuntarias, en cuyo caso los pacientes son derivados al servicio de admisión, aunque también se realiza atención ambulatoria a pacientes que se presentan durante su horario de atención.

Con respecto a la casa de medio camino, la misma cuenta con un programa residencial que está destinado a personas con padecimiento mental en situación de alta interdisciplinaria, es decir, cuya alta o externación ha sido realizada por el equipo de salud del hospital de acuerdo con lo estipulado por el artículo 23 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, y que además no hayan resuelto su inclusión socio-habitacional, pudiendo requerir además de niveles de asistencia media a baja. Cuenta con capacidad para albergar a siete residentes y en la actualidad residen en ella seis personas con diagnóstico de esquizofrenia. El equipo interdisciplinario que coordina este espacio está compuesto por la jefa de servicio (Lic. en Psicología), coordinadora de la casa de medio camino (Lic. en Psicología), seis psicólogos (residentes y concurrentes), una trabajadora social y una profesora de expresión corporal. Cada uno de los talleres (terapia grupal, laboral, convivencia, expresión corporal y salidas deportivas y culturales) es realizado un día a la semana y coordinado por diferentes pares/ternas de integrantes, y cada primer y tercer viernes de mes se realiza una reunión de equipo completo para realizar un seguimiento de las actividades del servicio. El equipo cuenta a su vez con el apoyo de diferentes servicios del hospital al que pertenece, entre los cuales cabe resaltar los de atención psiquiátrica, atención médica, talleres protegidos y programas asistenciales dirigidos a pacientes externados.

La publicación de la nueva Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en el año 2010 luego de ser aprobada por ambas cámaras y su posterior reglamentación en el año 2013 por parte del Ministerio de Salud de la Nación se ha enfocado en trabajar para fortalecer un modelo de atención de base comunitaria que asegure el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental, reconociendo a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, y de acuerdo con esto abogando por la adopción de un enfoque interdisciplinario que permita el abordaje más beneficioso en pos de la recuperación y preservación de su salud.

Durante el transcurso de la práctica profesional en esta institución se intentó indagar si la implementación de la Ley 26.657 ha producido cambios en el abordaje de los pacientes con esquizofrenia y el impacto que esta ha tenido sobre el trabajo interdisciplinario de los servicios estudiados.

2. Objetivo general

Describir el impacto de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en el abordaje de pacientes con esquizofrenia por parte de los servicios de guardia y casa de medio camino de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2.1. Objetivos específicos

1) Indagar si la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 produjo cambios en el abordaje de pacientes con esquizofrenia por parte de los profesionales de la salud de estos servicios.

2) Describir las características del trabajo interdisciplinario de los servicios de guardia y casa de medio camino de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre pacientes con esquizofrenia.

3) Indagar qué dispositivos o modalidades de abordaje psicoterapéutico para personas con esquizofrenia podrían implementarse desde la perspectiva de los profesionales de la salud de estos servicios para mejorar la adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

3. Marco teórico

3.1. Salud Mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es una parte integral de la salud y el bienestar, que viene dada no sólo por la ausencia de afecciones o enfermedades, sino por un estado de completo bienestar físico, mental y social. A su vez, la salud mental puede verse afectada no sólo por características individuales sino por factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, el nivel de vida, las condiciones laborales, el apoyo social de la comunidad o la exposición a adversidades en edades tempranas. Las personas con trastornos mentales presentan tasas muy elevadas de discapacidad y mortalidad, y asimismo existen numerosos factores de riesgo tales como el bajo nivel socioeconómico, consumo de alcohol o sustancias y el estrés que son comunes a estos trastornos, y representaban un 13% de la carga mundial de morbilidad en 2004 (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Desde la creación del Departamento Nacional de Higiene en el año 1880 hasta la actualidad las políticas de salud pública en nuestro país han variado significativamente según la visión político-social e intereses preponderantes de los gobiernos que se fueron sucediendo. A pesar de ello, es posible identificar un común denominador entre ellas que viene dado por la modalidad de abordaje asumida por el sistema de salud hacia las personas y los grupos, que podría ser denominada asistencialista o tutelar y cuyo eje se encuentra centrado en un modelo Hospital-Enfermedad (Chiarveti, 2008). Históricamente, y nuestro país no ha sido la excepción, las personas con padecimiento mental han sido excluidas en forma sistemática de las comunidades a las que pertenecían, desterrándolos en un primer momento fuera de los confines de las ciudades para luego en un segundo momento volver a acogerlos en su seno, aunque encerrados dentro de los hospitales (Foucault, 1967).

A partir de diferentes iniciativas tanto regionales como de otras latitudes, tales como la Conferencia de Alma Ata de 1978, la declaración de Caracas del año 1990 y los principios de Brasilia de 2005, este modelo tutelar fue realizando una transición lenta pero progresiva hacia un paradigma comunitario, promotor de los derechos humanos y de inclusión social

de las personas afectadas por trastornos mentales, cobrando renovado impulso a partir del año 2010 con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Organización Mundial de la Salud, 2005; Organización Panamericana de la Salud, 1990). Desde esta perspectiva, la salud será entendida como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, y cuya preservación y mejoramiento vendrán dados por una dinámica de construcción social relacionada con la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas, partiendo de la presunción de capacidad de cada una de ellas (Ley N° 26.657, 2010).

3.1.1. Ley Nacional de Salud Mental

3.1.1.1. Antecedentes históricos

En Argentina, las instituciones asilares surgieron inicialmente a partir de la voluntad estatal bajo un modelo sustentado en el principio de beneficencia, y a través del cual en un lapso breve se cubrió prácticamente todo el territorio nacional con la construcción de asilos y hospitales cuyos fines eran asistir y cuidar a las personas con *retardo y alienación mental*. A través de una visión paternalista unida con la racionalidad científico-profesional propia de la generación del '80, el médico higienista tenía como objetivo brindar la mejor atención posible o evitar el daño y/o abandono de cuidados a las personas cuyo sufrimiento requería la asistencia. Este enfoque, claramente superador de las prácticas anteriores, tenía como pilares fundamentales a la educación y el trabajo, determinantes para un posible proceso de rehabilitación exitoso, cuyo principal objetivo era resocializar a los pacientes en este nuevo régimen de convivencia, pero también vincularlos con las actividades productivas que debían dar auto sostenimiento económico y productivo a la institución. En el transcurso del siglo XX, y especialmente en la última mitad de este, toda esta infraestructura para propósitos educativos y laborales de socialización pasó a reflejar un alto grado de desuso y abandono producto del debilitamiento normativo y de un creciente proceso de cronificación de los pacientes asilados que fueron desplazando su misión original (De Lellis, 2016).

La nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 publicada en el año 2010 y reglamentada a través del decreto 603/2013 surge como consecuencia de la interpelación, por parte de movimientos sociales y de salud críticos y comprometidos, hacia las prácticas manicomiales hegemónicas existentes hasta ese momento, cuestionando los intereses de las

disciplinas e instituciones, las acciones de políticas públicas y los perfiles de formación interdisciplinar (Zaldúa, et al., 2014). La concreción y universalización del derecho a la salud requiere del cumplimiento de un conjunto de requisitos que incluyen una correcta conceptualización, consolidación de actores sociales que lo promuevan y defiendan, marcos legales adecuados y el establecimiento de condiciones equitativas en varias esferas (Rovere, 2004).

En su libro *La estructura de las Revoluciones Científicas*, Kuhn (1971) define el concepto de *paradigma* como las realizaciones científicas universalmente reconocidas que durante un cierto período de tiempo suministran modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica. El nuevo paradigma que sustenta la Ley 26.657 centra su foco en los derechos de las personas, partiendo de la presunción de su capacidad y de la importancia de la inclusión social como parte fundamental del proceso de mejoramiento de la salud mental, evitando de esta manera su institucionalización y cronificación como usuario de los efectores de salud. A este efecto el artículo 11 de la misma señala que se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como servicios de consultas ambulatorias, de inclusión social y laboral para personas que cuenten con alta institucional, casas de convivencia y hospitales de día entre otros. A su vez la ley señala que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y a través de un abordaje interdisciplinario e intersectorial orientado a la promoción o restitución de los lazos sociales, y los tratamientos psicofarmacológicos deberán ser realizados exclusivamente con fines terapéuticos, nunca de manera automática. En el contexto de esta ley las internaciones podrán ser voluntarias o involuntarias, pudiendo estas últimas sólo ser utilizadas como el último recurso terapéutico posible y únicamente en casos que el paciente presente un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (Ley N° 26.657, 2010).

Más de la mitad de los trabajadores del área de salud mental que participaron de un estudio en el año 2011 hicieron énfasis en el valor de esta ley en términos de la perspectiva comunitaria de la atención en salud mental, estrategias de inclusión social, estructuras intermedias, atención primaria de la salud y la creación de dispositivos que garanticen el pleno ejercicio de los derechos de las personas con padecimiento mental (Zaldúa et al., 2011).

Otro de los cambios significativos producidos como parte del proceso de desmanicomialización iniciado con esta ley es la igualdad de condiciones dentro del equipo interdisciplinario para ocupar cargos de conducción y gestión de los servicios e instituciones en el campo de la salud mental. A este respecto, el inciso d) del artículo 7° de esta ley sostiene que las personas con padecimiento mental tienen derecho a recibir tratamiento y ser tratados con la opción terapéutica más conveniente y que menos limite sus derechos y libertades, y que a su vez promueva la integración familiar, laboral y comunitaria (Ley N° 26.657, 2010). En este sentido, la participación de diversos actores sociales en este contexto posibilita la visibilización de conflictos y prioridades entre los integrantes del equipo interdisciplinario, y a su vez la incorporación de prácticas en las cuales el usuario pueda apropiarse subjetiva y colectivamente de sus derechos los ubica en una posición de exigibilidad (Brown, 2007).

En lo que respecta a la situación mundial en términos de actualización en materia de legislación sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, el plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la OMS sostiene como una de sus metas que para el año 2020 el 50% de los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en este sentido y que el 80% habrá elaborado o actualizado sus políticas/planes de salud mental en este mismo sentido (Organización Mundial de la Salud, 2013).

La ley 26.657 de nuestro país en términos teóricos no sólo está en línea con estos lineamientos, sino que es en algunos aspectos una versión superadora e innovadora de los mismos, en términos de su definición de salud mental como un proceso multi-determinado y su perspectiva interdisciplinaria, integral y orientada hacia la protección de los derechos de los sujetos con padecimiento mental. Con el objetivo de facilitar este complejo proceso de transición, se presentó en el año 2015 una compilación de experiencias y herramientas de gestión de base territorial para afrontar las problemáticas emergentes en salud mental, procurando contribuir al desarrollo, sistematización y replicación de nuevos abordajes que promuevan la interdisciplinariedad e intersectorialidad en la cada vez más amplia y compleja red de servicios de salud de nuestro país (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2015).

3.1.1.2. Adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental

Al considerar la situación de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires, que cuenta con la ley 448/00 como antecedente legal de esa jurisdicción, se advierte cierta falta de planificación e implementación de políticas públicas que permitan viabilizar la consolidación del modelo comunitario de atención propuesto por la ley, y debido a esto se refuerza la permanencia de prácticas asilares y tutelares como principal respuesta al padecimiento mental. Para algunos autores este tipo de lógicas tutelares y asilares consolidaron dispositivos que produjeron prácticas de disciplinamiento moral y aislamiento del mundo social, donde la internación prolongada en una institución monovalente instauraba para la persona con padecimiento mental una relación tutelar que implicaba la restricción de sus derechos (Amarante, 2009).

Al respecto, el trabajo realizado por Zaldúa et al. (2014) sobre trabajadores del área de salud pública a tres años de la publicación de la ley identifica la falta de políticas públicas y de inversión de recursos para la creación de dispositivos alternativos al manicomio como el principal obstáculo (54.17%) para la implementación exitosa de la misma. El segundo lugar (20.83%) es ocupado por las resistencias al trabajo interdisciplinario por parte de sectores médicos hegemónicos que perciben este cambio como una pérdida de poder manifiesta.

En otra investigación realizada por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires en 2014 sobre la incidencia de la ley 26.657 en los dispositivos de guardia de hospitales de CABA desde la perspectiva de los profesionales psicólogos y psiquiatras, se encontró que el 74% de ellos respondieron que la ley en cuestión ha incidido en el trabajo de las guardias en salud mental, y se encontró además que la mayoría de las respuestas de psicólogos destacaban aspectos positivos de la implementación de la misma, mientras que los aspectos negativos se destacaron en la mayoría de las respuestas de los psiquiatras. Entre las ventajas identificadas se encuentran la riqueza que proporciona el abordaje interdisciplinario, tanto desde la perspectiva del que consulta como para los profesionales; y por otro lado la valoración positiva sobre el espíritu de la ley en términos de derechos humanos y la posibilidad de que las internaciones sean voluntarias. Con respecto a los obstáculos más mencionados se identifican la complejidad administrativa, el desconocimiento de la vigencia de la ley por parte de algunos profesionales, la

desestimación de la vigencia de esta ley por parte de algunos profesionales y la falta de recursos tanto materiales como humanos para realizar lo propuesto por la misma (Rojas, Santimaria, Fevre, & Santimaria, 2014).

Por otro lado, la falta de creación a gran escala de dispositivos sustitutivos y de apoyo a los existentes, tales como casas de medio camino, pisos asistidos, dispositivos de atención a la comunidad y la falta de políticas de reorganización de los recursos y su articulación con organizaciones sociales dificultan la efectiva implementación de la ley de salud mental, y por ende la calidad de atención recibida por los usuarios de los efectores disponibles (Zaldúa et al., 2014). En este sentido se ha encontrado evidencia que señala que existe una relación inversa entre el uso que las personas realizan de los servicios de salud y la distancia o tiempo que deben recorrer para llegar a ellos, especialmente para los pacientes crónicos, de bajos recursos socioeconómicos y socialmente excluidos (Peters et al., 2008), siendo este uno de los aspectos promovidos por la ley pues al poner el foco en la atención comunitaria, se fomenta de esta forma la diversificación de la atención al paciente implicando una mayor cercanía a los efectores (Ley N° 26.657, 2010).

En lo que respecta a los sistemas de información, datos científicos y las investigaciones sobre salud mental, es importante señalar que el sistema de salud argentino posee como característica un alto grado de fragmentación y desarticulación debido mayormente a que operan tres subsectores de atención a la salud: público, obras sociales y privado (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2015). A raíz de esto, y ante la carencia de información actualizada con relación al proceso de adecuación de los efectores de salud a los objetivos y principios expuestos en la Ley N° 26.657, se consideró necesario crear el Registro Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental y Adicciones (RESAM), que a su vez se encuentra alineado con el objetivo 4 del plan de acción sobre salud mental trazado por la OMS para 2013-2020 (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2013). La implementación de este registro fue iniciada en 2014, y luego de un año de la misma se emitió un reporte para evaluar la carga de registros por parte de las provincias y dar a conocer algunos de los datos recabados. Si bien estos datos fueron preliminares, en el sentido de que el ingreso de los mismos aún no se realiza en forma sistemática a nivel nacional (a enero de 2015 se habían registrado 19 establecimientos de 13 provincias), permitió relevar que de las internaciones

voluntarias cargadas en el RESAM, el 94% contó con consentimiento informado, mientras que en las involuntarias fue del 63%, siendo el principal motivo de internación una Crisis y/o Descompensación (57%), seguido por Riesgo cierto o inminente para sí con el 19% y en tercer lugar por Orden judicial con el 11% (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2015). En este sentido, y si bien en la opinión pública la esquizofrenia se vincula frecuentemente con la violencia, las personas que padecen este trastorno no son especialmente violentos, y en todo caso es más probable que el paciente tienda a hacerse daño así mismo (Arseneault, Moffitt, Caspi, Taylor, & Silva, 2000)

3.2. Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que de forma frecuente sigue un curso crónico y cuya prevalencia en la población general es del 1%, afectando generalmente a sujetos jóvenes a los cuales suele producirles graves incapacidades psicológicas, sociales y laborales que afectan los años más productivos de su vida. El modo en que la esquizofrenia es conceptualizada teóricamente va a ser de suma importancia a la hora de comprender, diagnosticar y tratar esta enfermedad en la práctica. Este trastorno se caracteriza por la presencia de síntomas positivos (delirios y alucinaciones), negativos o de déficit, cognitivos y afectivos; y presenta como manifestación cardinal la falta de conciencia de enfermedad y debido a ella una gran mayoría de los pacientes cree que no tiene ningún trastorno, y si bien reconocen los síntomas los atribuyen a otras causas o niegan la necesidad de tratamiento. Su curso suele ser crónico y variable, generalmente dando como resultado una gran disminución de la calidad de vida del paciente y sus familiares (Silva Ibarra, 2012), y afectando en la actualidad a alrededor de 25 millones de personas, constituyendo de esta forma una de las principales causas de discapacidad por enfermedad según la OMS, siendo los trastornos neuropsiquiátricos responsables del 19% de la carga de morbilidad adulta (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En lo referente a la evolución y pronóstico, su distribución se da por tercios: un tercio permanece asintomático luego del primer episodio psicótico, pudiendo llevar una vida relativamente normal; el segundo presenta síntomas moderados, aunque conservando el funcionamiento social; y el restante exhibe un marcado deterioro (Vallejo Ruiloba, 2011).

Por otro lado, resulta interesante mencionar un estudio latinoamericano recientemente publicado, del cual se deriva que el 93,7% de las personas con diagnóstico de esquizofrenia que participaron del mismo no estaba casado ni tenía pareja, un 69,6% no tenía ocupación y un 84,2% presentaba bajo nivel educativo (menor o igual a 12 años) (Caqueo-Urizar, Urzúa, & Rus-Calafell, 2017). Debido a esto, en la próxima sección se resaltarán la importancia de aplicar terapias de rehabilitación cognitiva y psicosocial con el objetivo de revertir esta tendencia y mejorar así sus posibilidades de reinserción comunitaria.

La historia de este trastorno tuvo un punto de inflexión en el siglo XX con los trabajos de Kraepelin y Bleuler, quienes se encargaron de describir, agrupar y sistematizar todo el conocimiento existente referido a estos cuadros y que hasta ese momento no contaba con la forma de un corpus teórico como tal. En su tratado *Dementia praecox and paraphrenia* (1919) Kraepelin agrupa una serie de cuadros mórbidos que denomina demencias endógenas debido a que en la mayoría de los casos los mismos derivan en un estado de debilidad mental que él equipara a otras formas comunes de demencia como resultado de parálisis, senilidad o epilepsia; incluso propone como interrogante a dilucidar si no existirá un mismo proceso mórbido como causa subyacente a estas formas divergentes, diferenciándose tal vez en base a la zona afectada y su curso variable. Define a la *dementia praecox* como una serie de estados cuya característica común es la destrucción peculiar de las conexiones internas de la personalidad psíquica, afectando principalmente las esferas volitivas y emocionales del paciente, y va a distinguir dentro de este cuadro general tres grupos especiales: la hebefrenia, la catatonía y el paranoide (Kraepelin, 1919).

Por su parte Bleuler (1911), quien fuera contemporáneo de Kraepelin y de Sigmund Freud, aportó una novedosa y rigurosa organización a la clínica de las enfermedades mentales de la época. Visiblemente influenciado por las teorías del psiquismo de este último, Bleuler va a acuñar el término de esquizofrenia para referirse a este trastorno, que hace alusión a los vocablos griegos *schizo* (escindido o dividido) y *phren* (mente o intelecto, aunque también se utiliza para referirse a las funciones emocionales), y por lo tanto esta denominación haría alusión al desgarramiento o escisión de la mente o la estabilidad emocional. Va a realizar además una caracterización sintomática de la patología a través de sus clásicas cuatro A: perturbación de la *asociación* (alteraciones en el curso del pensamiento que se presenta como ilógico y extravagante), trastorno de la *afectividad*

(observándose aislamiento y la falta de emociones o indiferencia afectiva), *ambivalencia* (tendencia a evaluar afectiva, volitiva o intelectualmente de forma negativa y positiva al mismo tiempo y por último *autismo* (desapego de la vida interior que puede oscilar entre un pobre contacto con el mundo externo a un aislamiento absoluto).

Posteriormente, Schneider realiza un análisis minucioso con el objetivo de detectar los rasgos formales de la vivencia esquizofrénica, centrándose inicialmente en los rasgos clínicos que permitieran realizar un diagnóstico seguro de la esquizofrenia, y posteriormente en la investigación de la estructura anómala de las vivencias. Como resultado de su trabajo realiza un aporte fundamental al establecer la existencia de una serie de síntomas de suma importancia para el diagnóstico de la esquizofrenia: los síntomas de primer orden, que han sido incorporados en las más importantes clasificaciones psiquiátricas y continúan siendo empleados en la actualidad, aunque su especificidad ha sido puesta en duda en estudios empíricos más recientes (Silva Ibarra, 2012).

En 1980 Crow formuló una nueva clasificación de la esquizofrenia basada en la presencia o ausencia de síntomas positivos (o productivos) y negativos (o de déficit), dividiendo a los pacientes en los de Tipo I, que suelen presentar síntomas positivos y responden positivamente al tratamiento, y los Tipo II que suelen presentar síntomas negativos y no responden bien al tratamiento (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2009).

En la actualidad se ha reformulado el concepto clásico de esquizofrenia por el de un trastorno heterogéneo de afectación multisistémica, presentando además de las alteraciones psicopatológicas características un alto número de anomalías cardio metabólicas (diabetes, muerte súbita de origen cardíaco, aumento de grasa visceral, etc.), en los procesos inflamatorios y del envejecimiento, dando como resultado una disminución de 12-15 años de media de la esperanza de vida (Vallejo Ruiloba, 2011).

La Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Trastornos Relacionados con la Salud (CIE-10), requiere para el diagnóstico de esquizofrenia al menos uno de los siguientes síntomas, que deberán estar presentes durante la mayor parte del tiempo por un mínimo de un mes o más: 1) eco, inserción, robo y difusión del pensamiento, 2) ideas delirantes de control, influencia o pasividad, 3) alucinaciones, 4) otras ideas delirantes persistentes culturalmente inapropiadas, 5) alucinaciones persistentes, 6) rotura o

interpolación en el pensamiento, 7) conducta catatónica, 8) síntomas negativos que implican retracción social y escaso rendimiento social, no causados por depresión o medicación, 9) cambio en la conducta global (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM 5), la incluye dentro del capítulo de espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y la define como un trastorno que se caracteriza por presentar dos o más de los siguientes síntomas durante un período de un mes o menos si se realizó un tratamiento exitoso: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y/o síntomas negativos; afectando el funcionamiento de la persona tanto en su desempeño académico o laboral como en las relaciones interpersonales, la sintomatología perdura por más de seis meses teniendo en cuenta el período prodrómico, la fase activa y residual (American Psychiatric Association, 2014).

Con respecto a la etiología de este trastorno, existe una contribución genética que aumentaría la probabilidad de que una persona sufra esquizofrenia, y que estaría relacionada directamente con la cercanía de parentesco a un pariente afectado, sin embargo existen datos que demuestran que personas que son genéticamente vulnerables no tienen por qué desarrollar inevitablemente esta enfermedad, ya que para ello deben estar implicados otros factores tales como biológicos o psicosociales del entorno (Kaplan et al., 2009).

La principal hipótesis neuroquímica explicativa en la actualidad de este trastorno es la de un desequilibrio en la función dopaminérgica, que produciría un exceso de actividad dopaminérgica en la zona subcortical (receptores D₂), responsable de los estados psicóticos, y una hipofunción en la corteza prefrontal (receptores D₁), que contribuiría a los síntomas negativos y cognitivos de la enfermedad (Vallejo Ruiloba, 2011). El uso de fármacos según esta teoría se fundamenta en el mecanismo de acción de los neurolépticos, que bloquean los receptores dopaminérgicos a nivel cerebral reduciendo de esta forma la actividad de estas vías. Por otra parte el progreso de las concepciones actuales se debe también a los avances producidos por las neurociencias, la aparición de nuevas disciplinas como la genética y la biología molecular, y la incorporación de tecnologías sofisticadas, tales como la tomografía axial computarizada, la tomografía por emisión de positrones y de la resonancia magnética

funcional para el estudio de las alteraciones estructurales y funcionales del cerebro de estos pacientes (Silva Ibarra, 2012).

3.2.1. Tratamiento para la esquizofrenia

Tradicionalmente el tratamiento de la esquizofrenia ha sido principalmente farmacológico en la fase aguda y de mantenimiento de la enfermedad, complementándose posteriormente con intervenciones psicosociales tales como psicoterapia individual, rehabilitación cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales entre otras (Vallejo Ruiloba, 2011). Este tipo de intervenciones han demostrado que pueden intensificar la mejoría clínica de los pacientes ya que, si bien los antipsicóticos siguen siendo el principal elemento terapéutico, la esquizofrenia afecta a cada paciente de forma única debido a los factores biológicos y psicosociales que la determinan, por lo tanto las intervenciones psicosociales se encargarán de tratar los aspectos no biológicos de este trastorno multifacético (Kaplan et al., 2009).

Otros autores indican que, además de las intervenciones mencionadas, para que el tratamiento sea verdaderamente integral se deben incluir intervenciones de ayuda en vivienda y de sustento económico (Silva Ibarra, 2012), ya que este trastorno produce importantes y duraderas disfunciones que impactan a los pacientes en el ámbito socioeconómico y cultural, requiriendo de considerable asistencia hospitalaria, atención continua, rehabilitación y servicios de apoyo (Kaplan et al., 2009).. Asimismo, existe evidencia que señala que la utilización de un enfoque interdisciplinario de cuidado exhaustivo durante el primer episodio de psicosis mejora los resultados a nivel clínico y funcional, y los efectos beneficiosos son a su vez más pronunciados cuanto menor es el tiempo transcurrido entre el inicio del episodio psicótico y el tratamiento (Kane et al., 2016).

Hasta la introducción de los medicamentos antipsicóticos a mediados del siglo XX, los tratamientos para la esquizofrenia consistían en dar al paciente un ambiente seguro y de apoyo dentro de hospitales psiquiátricos y durante estadías prolongadas, a veces permanentes, con la expectativa de una remisión espontánea. En esa época se utilizaban entre otros tratamientos la terapia electroconvulsiva, el coma insulínico y la lobotomía prefrontal. La introducción de los medicamentos antipsicóticos representó una revolución

en el tratamiento de la esquizofrenia, llegando a convertirse en su piedra angular, habiéndose desarrollado hasta la fecha más de 60 medicamentos de este tipo los cuales son clasificados en dos tipos: de primera y de segunda generación, siendo los primeros más efectivos en reducir los síntomas positivos pero mínimamente efectivos contra los síntomas negativos y cognitivos, y produciendo además un gran número de efectos secundarios. Aún se encuentra abierta la discusión sobre si la enfermedad ha variado durante los últimos dos siglos, y se señala al respecto que habría una modesta mejoría en el pronóstico global, una menor ocurrencia de las formas más graves de la enfermedad, tales como la hebefrenia y la catatonía. Por otro lado, y aunque clásicamente se ha sostenido que el riesgo de desarrollar la esquizofrenia es igual para hombres y mujeres, recientes estudios sugieren un ligero mayor riesgo para los primeros. (Silva Ibarra, 2012)

3.2.1.1. Tratamiento farmacológico

Debido a que la esquizofrenia es una enfermedad clínicamente heterogénea y cuya evolución depende de múltiples factores, es de suma importancia que el psiquiatra tratante respalde sus decisiones sobre el conocimiento empírico y en las guías de los expertos, desconfiando de su propia experiencia farmacológica al momento de tratar pacientes con esquizofrenia. A este respecto existen importantes trabajos internacionales que sirven de guía para seleccionar qué fármacos utilizar según el caso, qué dosis emplear, cuánto tiempo esperar antes de cambiar el producto y las dosis en primeros episodios y en casos de resistencia (Argo et al., 2008; Barnes, 2011; Buchanan et al., 2010; Kreyenbuhl, Buchanan, Dickerson, & Dixon, 2010; NICE, 2010).

Uno de los principales inconvenientes a la hora de prescribir antipsicóticos son los efectos secundarios que producen en el paciente, principalmente los efectos extrapiramidales, sedación y sobrepeso. La presencia de efectos secundarios de los antipsicóticos genera en el paciente un grado de malestar tal que puede producir una baja adherencia al tratamiento y en los casos más graves lo llevan a discontinuar el psicofármaco, con las consecuencias negativas que esto implica (Lindström, 1994). En un estudio reciente realizado sobre pacientes de los servicios públicos de Bolivia, Perú y Chile sobre los efectos secundarios de la medicación antipsicótica y la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, sugiere que los profesionales tratantes deberían considerar

evaluar sistemáticamente los efectos de la medicación con el fin de realizar un apropiado ajuste farmacológico y además considerar la percepción subjetiva del bienestar del paciente, favoreciendo así una mejor adherencia al tratamiento (Caqueo-Urizar, Urzúa & Rus-Calafell, 2017).

En 2009 Leucht et al. publicaron un trabajo relevante a este respecto. Se trataba de un meta-análisis de 150 estudios abarcando un total de 21.533 casos, y cuyo objetivo era comparar la eficacia de antipsicóticos típicos y atípicos en términos de eficacia global, síntomas positivos, negativos y depresivos, recaídas, calidad de vida, efectos secundarios extrapiramidales, sobrepeso y sedación. Los resultados con relación a la eficacia de los antipsicóticos típicos fue: 1) amisuprida, clozapina y olanzapina eran más eficaces sobre los síntomas positivos y negativos, 2) aripiprazol, quetiapina y ziprasidona lo eran sobre síntomas negativos, 3) aripiprazol y ziprasidona eran igual de eficaces sobre síntomas positivos, pero quetiapina en menor grado, 4) risperidona mostraba eficacia global igual que los típicos en estudios no esponsorizados por la industria, pero aumentada en los así financiados, en cambio los resultados de la olanzapina y quetiapina no se vieron afectados por la esponsorización. Con respecto a los efectos secundarios extrapiramidales, todos los atípicos provocaban menos efectos que el haloperidol, pero comparando atípicos con típicos de baja potencia, sólo la clozapina, olanzapina y risperidona de los atípicos mostraron mejores resultados. En cuanto al aumento de peso, amisulprida clozapina, olanzapina, quetiapina y risperidona produjeron mayor aumento que haloperidol, en cambio aripiprazol y ziprasidona no lo hicieron, y por otro lado no se encontraron diferencias significativas en la ganancia de peso entre los atípicos y típicos de baja potencia. Clozapina y quetiapina eran más sedantes que haloperidol, y aripiprazol en menor grado, y dentro de los atípicos únicamente la clozapina fue más sedante que los típicos de baja potencia (Leucht, et al., 2009).

3.2.1.2. Tratamiento psicoterapéutico

Si bien en la actualidad existe una amplia variedad de intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica en esquizofrenia, al momento no existe un consenso mundial claro acerca de cuáles serían las más recomendadas (Gaebel, Riesbeck, & Wobrock, 2011), pues para ello sería necesario tener en cuenta las particularidades de la población, factores

demográficos, sociales, legales y del sistema de salud destinatario (Gaebel, Weinmann, Sartorius, Rutz, & McIntyre, 2005). En una revisión exhaustiva realizada en 2014 sobre las intervenciones psicoterapéuticas utilizadas en la fase aguda y de mantenimiento de adultos con diagnóstico de esquizofrenia, se analizaron las publicaciones relacionadas con las siguientes intervenciones: terapia cognitivo-conductual, psicoterapia de apoyo y consejería; y terapia de orientación psicodinámica. Por un lado, se observó que existe fuerte evidencia apoyando la Terapia Cognitivo-Conductual como la más eficaz para disminuir los síntomas positivos a corto plazo y los negativos a largo plazo, además de disminuir las recaídas y hospitalizaciones durante los años posteriores al tratamiento. Por otro lado, el estudio concluye que no existe evidencia suficiente para recomendar las psicoterapias de orientación psicodinámica, terapia de adherencia, consejería y terapia de apoyo para el manejo del paciente adulto con esquizofrenia (García Valencia, et al., 2014).

Por su parte, Malmberg et al. realizaron un meta-análisis sistemático en Cochrane Database Systematic Review sobre la psicoterapia psicodinámica individual y psicoanálisis para esquizofrenia, arrojando como resultado que la calidad de la evidencia de la mayoría de los estudios publicados era pobre, con una alta probabilidad de sesgos en los resultados favoreciendo el uso de esta psicoterapia. Se observó además que el uso de fármacos antipsicóticos solos son más efectivos que realizar un tratamiento combinado de psicoterapia dinámica y medicación para obtener el alta hospitalaria, y que en comparación con un enfoque más cognitivo, la terapia psicodinámica mantiene al paciente en contacto con el terapeuta durante un mayor periodo de tiempo, aunque no se encontró beneficio alguno vinculado a la realización de este tipo de terapia para pacientes con esquizofrenia (Malmberg, Fenton & Rathbone, 2012). Sin embargo, otros autores son menos tajantes y más precavidos a la hora de realizar conclusiones acerca de la efectividad de este tipo de psicoterapia. Bachmann et al. sostienen que sí es posible obtener buenos resultados con este enfoque, aunque considerando algunos principios para su aplicación, tales como que siempre sea llevado a cabo por terapeutas experimentados, excluir las aproximaciones más clásicas, enfatizar el presente sobre el pasado, realizar interpretaciones con suma cautela, con objetivos concretos tales como afianzar el proceso de individuación, estabilizar los límites del yo y la identidad e integrando las experiencias psicóticas (Bachmann, Resch & Mundt, 2003).

Tal como se mencionó anteriormente, existen numerosas revisiones sistemáticas que respaldan a la terapia cognitivo-conductual como una de las intervenciones psicológicas más efectivas en el tratamiento de un amplio rango de trastornos psiquiátricos incluyendo depresión, trastorno bipolar, obsesivo-compulsivo y de ansiedad entre otros (Hofmann, Wu & Boettcher, 2014; Olatunji, Davis, Powers & Smits, 2013; Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Twomey, O'Reilly & Byrne, 2015). Revisiones publicadas recientemente encontraron numerosos trabajos que respaldan la eficacia inmediata y de largo plazo de esta terapia para reducir los síntomas positivos y negativos en pacientes con esquizofrenia (Candida et al., 2016; Schmidt et al., 2015). Según esta teoría, los síntomas positivos están asociados con un procesamiento cognitivo alterado producido por la hiperactividad dopaminérgica, provocando como resultado diferentes sesgos de procesamiento tales como sacar conclusiones en forma apresurada, sesgo de confirmación y externalización (Howes & Kapur, 2009; Kapur, 2003; Kapur, Mizrahi & Li, 2005). Por otro lado, los síntomas negativos estarían asociados con una hipo-desregulación de las señales dopaminérgicas relacionadas con el estímulo de recompensa que sería el responsable de una reducción en la motivación y la consecuente aparición progresiva de síntomas tales como aislamiento social, falta de interés, etc. (Kapur et al., 2005).

En un estudio realizado en Londres en 2017, se investigó la importancia e impacto que poseen la interpretación y significado atribuidos a las experiencias psicóticas desde un modelo cognitivo. Se reclutaron pacientes diagnosticados con trastornos psicóticos (grupo clínico), población general con experiencias psicóticas persistentes (grupo no-clínico) y sin experiencias psicóticas (control). Como resultado del estudio se encontró fuerte evidencia de que la forma en que las experiencias psicóticas son interpretadas difieren entre individuos con y sin necesidad de cuidados (estos últimos contando con mayor índice de explicaciones normalizadoras y/o sobrenaturales), y que específicamente la ausencia de interpretaciones paranoides y amenazantes podrían evitar que las experiencias psicóticas persistentes lleguen a ser clínicamente relevantes (Peters et al., 2017).

Dentro de las capacidades cognitivas generales se encuentra la cognición social, que involucra un conjunto de procesos implicados en la percepción, codificación, almacenamiento, recuperación y regulación de la información acerca de otras personas y de nosotros mismos. En el caso de las personas con esquizofrenia, se encuentra presente un

deterioro de la cognición social con diferente grado de intensidad en un 58% de esta población (Rocca, et al., 2016). Este deterioro no sería una mera consecuencia de la enfermedad, sino que puede aparecer precozmente como una característica de rasgo mucho antes del comienzo de la enfermedad, manifestándose con un marcado retraimiento social y que de forma inespecífica se asocia con importantes indicadores de pronóstico desfavorable sobre la calidad de vida, salud mental, mortalidad y salud general que se observan en personas asiladas socialmente en la población general (Green et al., 2017).

Debido a esto es de suma importancia implementar en forma precoz terapias de rehabilitación cognitiva y psicosocial con foco tanto en los componentes alterados de la cognición social como sobre los síntomas negativos en general, pues a pesar de que a la fecha no existan estudios que evalúen a mediano y largo plazo la eficacia, efectividad y eficiencia de estas medidas de rehabilitación, es una de las áreas de mejora más relevantes de tratamiento psicoterapéutico en personas con un primer episodio de esquizofrenia (Mueller, Khalesi, Benzing, Castiglione & Roder, 2017; Breitborde, Moe, Woolverton, Harrison-Monroe & Bell, 2017).

Por su parte, las intervenciones familiares psicoeducativas constituyen otra de las modalidades de tratamiento psicosocial más extendidas y con mayor respaldo científico en el tratamiento de personas que sufren trastornos mentales graves, y en las últimas dos décadas se han realizado sucesivas revisiones sistemáticas que han demostrado su eficacia para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia. (Barbato & D'Avanzo, 2000; Pilling et al., 2002). En base a estos hallazgos se concluye que existen evidencias claras de que la inclusión de intervenciones familiares en programas de tratamiento es una medida efectiva para reducir las tasas de recaídas y re-hospitalización en estos pacientes, y que por esta razón deberían ser aplicados con mayor frecuencia en la práctica clínica de forma de que la mayoría de los pacientes puedan beneficiarse de estas recomendaciones (Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling & Engel, 2001).

Por otra parte, con respecto a la efectividad de los abordajes grupales en el tratamiento de la esquizofrenia, si bien hasta el presente se carece de una base empírica tal que permita una evaluación definitiva (Fontao, Ross, Quiroga & Hoffmann, 2010), se han realizado experiencias de estrategias metodológicas innovadoras que podrían ser aplicadas a esta

población con el objetivo de validar su efectividad. Ejemplos de estas son la reducción de los periodos de medición de los efectos de la intervención (Zgantouri, Vallianatou & Nestoros, 2006), la experiencia subjetiva de los implicados (Sibitz, Amering, Gossler, Unger & Katschnig, 2007; Davidson, Stayner, Chinman, Lambert & Sledge, 2000) y la identificación de variables que sean específicamente grupales que permitan predecir resultados terapéuticos en forma independiente al marco teórico utilizado (Burlingame, MacKenzie & Strauss, 2004).

Asimismo, en el año 2005 se realizó un estudio epidemiológico en EE. UU. sobre 17.337 adultos con el objetivo de analizar la relación que tenían las experiencias adversas durante la infancia sobre la probabilidad de reportar luego alucinaciones en la edad adulta. Para esto se tuvieron en cuenta ocho tipos de experiencias adversas, incluyendo abuso físico, emocional y sexual, o presenciar violencia doméstica, o contar con un padre con enfermedad mental. Como resultado del estudio se encontró que cualquier tipo de experiencia adversa durante la infancia aumentaba en 2.5 la probabilidad de reportar alucinaciones, y aquellos individuos que habían sufrido 7 o más de estas experiencias tenían un riesgo 5 veces mayor de experimentar alucinaciones auditivas perturbadoras en comparación con individuos cuya infancia no había tenido este tipo de eventos (Whitfield, Dube, Felitti & Anda, 2005). Estos resultados corroboran los hallazgos de Honig et al. (1998) que en su estudio encontraron que de las personas con esquizofrenia y trastorno disociativo que participaron del mismo, el 85% había sufrido de abuso o abandono en la infancia (Honig et al., 1998). En este sentido la psicoterapia podría ser de ayuda para explorar, confrontar y entender las experiencias psicóticas que percibe, de forma de modificar el significado y la interpretación que el paciente atribuye a estos síntomas (Candida et al., 2016; Oakland & Berry, 2015; Schmidt et al., 2015).

Asimismo, la Ley 26.657 indica que se debe promover el trabajo en equipos interdisciplinarios e intersectoriales, y a su vez contempla el derecho a los pacientes a recibir la mejor opción de tratamiento posible, y a recibir información sobre su diagnóstico y tratamiento, incluyendo la posibilidad de aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos en caso de así manifestarlo (Ley N° 26.657, 2010).

3.3. Trabajo Interdisciplinario en Salud Mental

El trabajo interdisciplinario en salud mental es un fenómeno creciente tanto a nivel local como en otras regiones, y en el cual la combinación de farmacoterapia, psicoterapias y otras disciplinas se ha convertido en el enfoque más utilizado y beneficioso para el tratamiento de estos trastornos (Riba, Balon, & Weiss Roberts, 2018; Nazar, 1994). Si bien se han identificado tanto aspectos positivos como negativos como resultado de esta colaboración, diversos autores enfatizan la importancia de la cooperación para la obtención de los mejores resultados (Brown, 2007; Lipovetzky & Agrest, 2015; Rojas, Santimaria, Fevre, & Santimaria, 2014).

A su vez, una comunicación fluida entre los profesionales implicados en el tratamiento resulta fundamental para lograr tratamientos de buena calidad en el marco de un trabajo colaborativo (Keegan, 2007). Dentro de este ámbito se han realizado recomendaciones con el propósito de alcanzar los mejores resultados en el tratamiento, tales como enfatizar la comunicación de manera frecuente entre los profesionales, el respeto mutuo, la formación y experiencias previas y la frecuencia de contacto con el paciente, ya sea durante periodos de estabilidad o en fase aguda de tratamiento (Sudak, 2011).

En este sentido un estudio reciente sobre la comunicación entre profesionales psicólogos y psiquiatras desde la perspectiva de los pacientes refiere que el 30,61% responde que su psicólogo y psiquiatra se comunican frecuentemente entre sí, un 26,53% dice que lo hacen ocasionalmente y un 20,40% indica que eso es algo que nunca sucede, mientras que el 22,44% restante sostiene que desconoce si existe o no comunicación entre los profesionales. Por otro lado, los pacientes de este estudio reportaron a su vez tener mayor conocimiento sobre el tipo de tratamiento que realiza el psicoterapeuta, aunque no así sobre el que lleva a cabo el psiquiatra (Garay et al., 2016).

Otros autores señalan además que un factor importante para lograr una comunicación efectiva entre el equipo tratante radica en la importancia que los profesionales asignan a las otras disciplinas (Sutter et al., 2009), y en este sentido la mayoría de los psicólogos se interesaría por el tratamiento psicofarmacológico pero no ocurriría lo mismo con los psiquiatras con relación al tratamiento psicológico del paciente (Donatti, Garay & Etchevers, 2015).

Con relación a este punto, el 82% de los profesionales que participaron del trabajo de Zaldúa et al de 2014 sobre AMBA refirieron que a cuatro años de la implementación de la ley percibían cambios en sus prácticas, mientras que el 47% de ellos refirieron cambios en relación al modo de trabajo interdisciplinario y la apertura de nuevos dispositivos sustitutivos a la internación, y un 20% mencionó percibir resistencias a los cambios ubicados tanto en el plano institucional como en las dificultades para el trabajo interdisciplinario (Zaldúa et al., 2014).

3.3.1. Servicio de Guardia

En el contexto de esta ley, las internaciones involuntarias serán utilizadas como un recurso terapéutico sólo en casos extremos, donde el paciente presente un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. A su vez, este tipo de internaciones deberán realizarse en hospitales generales y por el menor tiempo posible, con el objetivo de mantener los lazos del paciente con la comunidad evitando aislarlo de su contexto social. En relación a este punto, se produce además una distribución de responsabilidades a la hora de decidir este tipo de internaciones, ya que para realizarlas se deberá contar con la firma de al menos dos profesionales de la salud, uno de los cuales deberá ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra. Por otro lado, se equipararon además las responsabilidades a nivel institucional de los integrantes de los equipos de salud, donde ya no se observa la preminencia de la figura del médico, sino que todos están en igualdad de condiciones para ocupar cargos de conducción y gestión de los servicios e instituciones (Ley N° 26.657, 2010).

Como parte del abordaje interdisciplinario promovido por la ley, se deberán crear servicios de guardia externa en todos los hospitales generales, los cuales deberán estar conformados por médicos, psicólogos y trabajadores sociales (Ley N° 26.657, 2010), sin embargo desde la perspectiva de los profesionales muchos de estos hospitales aún no cuentan con un equipo de salud mental en sus guardias externas, especialmente en la provincia de Buenos Aires, o no disponen de salas de internación destinadas a tal fin, debiéndose realizar internaciones en las ya existentes. Este recurso de internación ha generado problemas en hospitales generales, especialmente en casos de descompensación psicótica y problemas de consumo de sustancias, ya que las instalaciones no están preparadas para este tipo de casos y por otro lado el personal no ha sido formado

específicamente para este tipo de situaciones (Rojas, Santimaria, Fevre & Santimaria, 2014).

En este sentido, la progresiva disminución de la admisión en hospitales monovalentes y la revisión de las internaciones involuntarias por parte de la justicia no es acompañada por la disponibilidad de camas para internación en hospitales generales, contando la ciudad de Buenos Aires con sólo dos salas en hospitales generales en 2014 (Ministerio Público Tutelar, 2014), tendencia que además se ve corroborada al validar que más del 80% del presupuesto para salud mental está destinado a los hospitales monovalentes (Ministerio Público Tutelar, 2013). Como consecuencia de lo antes mencionado, los usuarios ven dificultadas sus oportunidades reales de inclusión, ya que la escasez de dispositivos intermedios de atención en la comunidad atenta contra su recuperación y la adquisición de mayor autonomía, y contribuyen en última instancia a la perpetuación de los espacios de internación como única opción de tratamiento (Tisera & Lohigorry, 2014).

3.3.2. Casa de Medio Camino

Las propuestas de reforma iniciadas con la sanción de la ley 180 en Italia, y continuadas en nuestro país con las leyes 2440/91 en Río Negro, la 448/00 en Ciudad de Buenos Aires, el Plan de Salud Mental de CABA (2000-2006) y posteriormente la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657, se orientan a desarrollar servicios centrados en la comunidad desde una perspectiva de atención primaria de la salud, estableciendo así una estrategia de desinstitucionalización, como una forma de abordar la problemática de la exclusión de las personas con padecimiento mental partiendo de un punto de vista diferente al paradigma anterior, en el cual el hospital psiquiátrico y la internación como única respuesta a dicha problemática tenían un papel central (Cohen, 2009; Sarraceno, 2003; Tisera, Leale, Lohigorry, Pekarek & Loskowicz, 2013)

En este sentido, como fuera mencionado anteriormente, el artículo 11 de la ley 26.657 señala que se deberá promover el desarrollo de dispositivos intermedios insertos en la comunidad tales como casas de convivencia y hospitales de día entre otros, que faciliten la inclusión social y laboral de aquellas personas que cuenten con alta institucional, señalando a su vez que el proceso de atención deberá realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario (Ley N° 26.657, 2010).

Un relevamiento realizado en el año 2011 por Di Nella et al. describió la distribución de camas disponibles para salud mental en distintas regiones de Argentina, relevando hospitales monovalentes, hospitales polivalentes y dispositivos comunitarios en el período 2010-2011. En ese período se observó una disminución de camas destinadas a salud mental del 14,8% (de 10.465 a 8.914) en hospitales monovalentes del sector público, mientras que las camas en hospitales polivalentes y dispositivos comunitarios sumaban 1.180 y 837 respectivamente (Di Nella et al., 2011). Si bien no se encontraron estudios similares posteriores, estos resultados ponen de relieve algunos de los obstáculos que se interponen actualmente para la concreción efectiva de las directrices propuestas por la ley, en este caso los relacionados con la falta de políticas públicas e inversión destinados a la creación de dispositivos alternativos a la internación, centrados en la comunidad (Zaldúa et al., 2014).

Entre estos dispositivos alternativos encontramos las Casas de Medio Camino, que tienen como principal objetivo brindar a los residentes una vivienda transitoria con respaldo en tareas de la vida cotidiana y convivencial de forma de poder contribuir a su rehabilitación psicosocial e inclusión social. Esta propuesta se respalda principalmente en las legislaciones previamente mencionadas e intenta contribuir a mejorar la funcionalidad personal y social de las personas que la utilizan, así como su participación y permanencia activa en la comunidad a través de un enfoque interdisciplinario coordinado con los servicios de salud mental (Hospital José T. Borda, 2017).

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo.

4.2. Participantes

Participaron de esta investigación cinco miembros del equipo interdisciplinario del servicio de Guardia de la institución y cuatro miembros del equipo interdisciplinario de la Casa de Medio Camino. De los cinco miembros del servicio de guardia, tres de ellos eran médicos psiquiatras y los dos restantes eran licenciadas en psicología, todos ellos integrantes del equipo de guardia de los días martes de 8hs a las 8hs del día siguiente. Con

respecto a los psiquiatras, dos de ellos formaban parte del equipo permanente de la guardia de los martes y el tercero tenía un contrato de suplencia luego de haber completado la jefatura de residencia. En cuanto a las psicólogas, una de ellas era la jefa del servicio de psicología y la otra estaba realizando el tercer año de residencia. Por otro lado, en el caso del equipo interdisciplinario de la casa de medio camino, fueron entrevistadas la Coordinadora General de la casa, quien era licenciada en psicología y era la responsable de coordinar este servicio desde hace 15 años, a una psicóloga rentada recientemente incorporada al servicio, ambas con orientación psicoanalítica, a la trabajadora social que se desempeñaba a tiempo parcial desde hacía un año en este servicio y el de Hospital de Noche y por último a la tallerista de expresión corporal, quien se desempeñaba como profesora de yoga y expresión corporal contando con 15 años de experiencia de trabajo en hospitales.

4.3. Instrumentos

Como instrumento de recolección de datos se utilizó la observación participante, la cual se realizó los martes en el servicio de Guardia y los miércoles, jueves y viernes en la Casa de Medio Camino durante un periodo de cuatro meses. Asimismo, se realizaron entrevistas semiestructuradas al equipo profesional tratante.

Los ejes que se tuvieron en cuenta para llevar a cabo las entrevistas al equipo profesional tratante fueron:

- ¿Cómo está compuesto el servicio de Guardia/Casa de Medio Camino, de qué manera trabaja y cuáles son sus objetivos?
- ¿Cuáles son los pasos a seguir desde el ingreso de un residente hasta su egreso? ¿Existe un tiempo máximo de permanencia? ¿Cuál?
- ¿En qué consiste el trabajo diario con los residentes y qué tipo de abordaje farmacológico, psicológico y social suele ser utilizado por el equipo?
- ¿En qué consiste el trabajo interdisciplinario entre los distintos profesionales y cómo se lleva a cabo?
- ¿Cuál es el rol del psicólogo en el servicio de Guardia/Casa de Medio Camino y cuáles son las herramientas con las que cuenta para realizar su trabajo?

- ¿Considera que produjo alguna modificación en el servicio la publicación y reglamentación de la Nueva Ley Nacional de Salud Mental 26.657? En caso afirmativo, ¿cuáles? ¿De qué tipo?
- ¿Qué dispositivos o modalidades de abordaje psicoterapéutico para personas con esquizofrenia podrían implementarse para mejorar la adecuación a la ley 26.657?

4.4. Procedimiento

El presente trabajo se llevó a cabo mediante la observación diaria de las interacciones entre los profesionales de los equipos profesionales de los servicios de Guardia y de Casa de Medio Camino y los residentes, durante un tiempo aproximado de cuatros horas diarias en un lapso de cuatro meses. La modalidad de observación utilizada fue participante no estructurada, realizada durante las consultas ambulatorias y reuniones de equipo en el caso del servicio de guardia, y durante los talleres de convivencia, laboral, expresión corporal, salidas culturales y reuniones de equipo en el caso del servicio de casa de medio camino.

Se utilizó además información obtenida a través de entrevistas semiestructuradas a los profesionales del equipo, realizadas de manera individual por un tiempo aproximado de 30 minutos. Estas últimas fueron realizadas a la Jefa de Unidad de Casa de Medio Camino y Hospital de Noche, a la Coordinadora de la Casa de Medio Camino, a la trabajadora social, quien coordina a su vez el taller de Convivencia y a una psicóloga rentada que realiza seguimientos individuales a los residentes y coordina algunos de los talleres realizados. Asimismo, se presenciaron reuniones de equipo en las cuales se realiza un seguimiento general de las actividades programadas de la casa, así como también un seguimiento evolutivo personal sobre cada uno de los residentes.

5. Desarrollo

5.1. Contextualización de la práctica

La práctica profesional realizada en el contexto del presente trabajo tuvo como objetivo principal describir el impacto de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en el abordaje de pacientes con esquizofrenia por parte de los servicios de guardia y casa de medio camino de un hospital monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Como objetivos

específicos se planteó indagar si la implementación de esta Ley produjo cambios en estos servicios, describir las características del trabajo interdisciplinario de los mismos y por último indagar qué dispositivos o modalidades de abordaje podrían implementarse desde la perspectiva de los profesionales de la salud de estos servicios.

El servicio de guardia de los días martes de esta institución estaba compuesto por un equipo interdisciplinario de acuerdo a lo estipulado por la Ley 26.657/10, sin embargo en base a la observación realizada y a lo indicado por las psicólogas y la trabajadora social durante las entrevistas, fue posible notar una fuerte predominancia de los profesionales de psiquiatría por sobre el resto de las disciplinas presentes, tanto a nivel de cargos jerárquicos institucionales como así también en el trabajo cotidiano al momento de tomar decisiones sobre los pacientes y situaciones que se presentaban en el servicio. Esto respondería a lo que Chiarveti (2008) denomina “la vieja psiquiatría asilar”, y sobre el cual este hospital monovalente habría sido un claro exponente.

La modalidad de atención de este servicio consistía en recibir consultas ambulatorias, en su mayoría de pacientes de otros servicios de esta institución, realizar evaluaciones ante solicitud de funcionarios judiciales o servicios penitenciarios y en algunos casos proceder a realizar internaciones tanto voluntarias como involuntarias. Las consultas por lo general eran realizadas por los psiquiatras del equipo, y en algunos casos se sumaban a las mismas los psicólogos o trabajadores sociales. A través de la observación participante y entrevistas semi-estructuradas a los profesionales de este servicio fue posible presenciar diversas situaciones que se desarrollarán a continuación en los diversos apartados relacionados con los objetivos específicos del presente trabajo.

Con respecto al servicio de Casa de Medio Camino, el mismo forma parte del programa intersectorial del área programática de ese hospital, y tiene como principal objetivo brindar a los residentes una vivienda transitoria con respaldo en tareas de la vida cotidiana y convivencial de forma de poder contribuir a su rehabilitación psicosocial e inclusión social. La propuesta se respalda principalmente en los criterios propuestos por las leyes 26.657/10 y la Ley 448/00 e intenta contribuir a mejorar la funcionalidad personal y social de las personas, así como su participación y permanencia activa en la comunidad a través de un

enfoque interdisciplinario coordinado con los servicios de salud mental (Hospital José T. Borda, 2017).

Al respecto, la coordinadora sostuvo durante la entrevista que el objetivo de este servicio es básicamente el de “paliar el fenómeno de la puerta giratoria, es decir evitar las re-internaciones a través de la reinserción social”. Por otro lado, sostuvo que su enfoque se basa en tomar al sujeto como una integralidad y desde allí se lo aborda desde lo laboral, su higiene personal, desde la contención afectiva y emocional, y que más allá de esto los pacientes continúan con su tratamiento psicológico y psiquiátrico en el hospital. En este sentido indicó que se intenta establecer un nexo con estos equipos para poder trabajar en forma conjunta, observación que luego fue corroborada con el resto de los profesionales consultados, lo cual resulta fundamental para lograr tratamientos de buena calidad en el marco de un trabajo colaborativo (Keegan, 2007), y se encuentra alineado con la modalidad de trabajo interdisciplinario de los profesionales de la salud propuesta por la Ley 26.657.

5.2. Cambios producidos por la implementación de la Ley 26.657 en el abordaje de pacientes con esquizofrenia por parte de los profesionales de la salud de estos servicios

Con respecto a los cambios producidos luego de la implementación de la Ley 26.657 en el abordaje de pacientes con esquizofrenia por parte de los profesionales de estos servicios, fue posible identificar tres cuestiones principales producto de las entrevistas y la observación realizadas: dificultades en la adecuación, foco fundamental de trabajo y dimensión estructural del equipo de trabajo.

Con relación al primer punto, y si bien los profesionales de ambos servicios hicieron énfasis en el valor de esta ley en términos de su énfasis en los derechos de las personas, la atención primaria de la salud, estructuras intermedias y atención comunitaria, por otro lado señalaron que como toda ley, la adecuación de los dispositivos a la misma requiere de tiempo. En ese sentido la psicóloga rentada de la casa de medio camino sostuvo que si bien la ley por naturaleza es general, es importante no producir egresos compulsivos de pacientes sin tener en cuenta la singularidad de cada caso y las circunstancias alrededor de la misma, ya que son fundamentales para pensar en un proyecto de externación. La coordinadora de este servicio sostuvo compartía esta opinión, y a su vez indicó durante las

entrevistas que en muchos casos aún no estaban dadas las condiciones a nivel estructural para aplicar en forma efectiva los tiempos y prácticas estipulados por la ley, y lo mismo fue sostenido por uno de los psiquiatras y una psicóloga residente del servicio de guardia, tal como fuera identificado en los trabajos previamente mencionados sobre los obstáculos y dificultades de implementación de esta Ley (Rojas et al., 2014; Zaldúa et al., 2011; Zaldúa et al., 2014).

En segundo lugar fue posible identificar a través de las entrevistas realizadas a la coordinadora y a la psicóloga rentada de la casa de medio camino que de acuerdo al paradigma propuesto por esta Ley, el foco fundamental de trabajo en ese servicio sería psicosocial, para el cual en palabras de la psicóloga realizaban un trabajo de articulación entre diferentes servicios e instituciones, acompañando permanentemente a los residentes para que puedan volver a conectarse con la comunidad, las instituciones, realizar cursos, salidas culturales y recuperar vínculos personales, que generalmente se ven afectados en la mayoría de las personas con este diagnóstico por sus dificultades para sostener los lazos interpersonales (Caqueo-Urizar et al., 2017).

En base esta premisa indicaron que se convocaba a los familiares para que puedan acompañarlos durante este periodo de transición, se realizaban los talleres previamente mencionados, salidas culturales los días viernes junto con colaboradores de este espacio, se acompañaba a los residentes en la gestión de documentación, subsidios habitacionales y pensiones no contributivas relacionadas con su condición y se los asistía en la búsqueda de vivienda/hospedaje, ya que la problemática habitacional es la principal razón por la cual los residentes ingresan a este servicio. En este sentido fue posible observar un claro foco en la atención comunitaria, fomentando constantemente la desinstitucionalización de los pacientes para evitar su cronicidad como usuarios de ese efector monovalente y utilizando en su lugar dispositivos sustitutivos y de apoyo creados a tal fin (Ley 26.657, 2010), como por ejemplo durante un episodio de emergencia médica de uno de los residentes. Durante un episodio de obstrucción intestinal aguda, el residente fue llevado por el servicio de emergencias a la guardia de un hospital cercano, y la coordinadora y la trabajadora social se mantuvieron en contacto permanente con los profesionales médicos tratantes, e inclusive lo acompañaron personalmente en diferentes ocasiones durante el transcurso del episodio que se extendió varios días. Adicionalmente ayudaron a coordinar la atención del residente

entre los diferentes equipos de salud que estuvieron involucrados, e inclusive buscaron contactar en diversas oportunidades a sus familiares para acompañarlo, sin embargo los mismos no se presentaron durante su internación ni los días posteriores a su alta.

Con respecto a los dispositivos sustitutivos y de apoyo, uno de los psiquiatras consultados sostuvo que aún estábamos muy lejos de llegar a esa instancia, y que no iba a ser posible cumplir los plazos establecidos por la ley. Por su parte la jefa de servicio de la casa de medio camino manifestó que a la fecha no existían dispositivos suficientes para suplir la demanda existente, y por ende esto afectaba la calidad de atención recibida por los usuarios de los efectores disponibles.

Con respecto al servicio de guardia, su foco principal en cambio giraba en torno a un tipo de atención que en la mayoría de los casos presenciados era menos personalizado, con cierta característica de anonimato propia de la falta de información de contexto en torno a los usuarios que concurrían al mismo, ubicando al sujeto en un lugar de objeto pasible de seguir las instrucciones indicadas con relación a la medicación prescrita.

Debido a que no existe a la fecha un sistema integrado de información que posibilite la consulta ágil de las mismas por parte de los profesionales de esa institución, las consultas realizadas por los usuarios a este servicio por lo tanto no permitían una correcta contextualización del tratamiento de los mismos, y los profesionales simplemente se limitaban a solicitar los datos personales de cada consultante y los dejaban registrados posteriormente en un libro de actas. Durante las prácticas y entrevistas realizadas en este servicio fue posible observar que las historias clínicas de los pacientes se encontraban físicamente conservadas en los servicios donde los pacientes habían sido atendidos por primera vez dentro de la institución.

Durante una de las guardias realizadas fue posible presenciar un caso en el que se comunicaron desde un hospital general cercano a esta institución para consultar si una persona que había llegado a su servicio de guardia era paciente de la misma, y si bien la respuesta fue negativa porque no figuraba en su registro escrito, posteriormente sus familiares confirmaron que hacía 12 años que era paciente de esta institución. Debido a esta carencia de información relevante al momento de realizar las consultas, en palabras de uno de sus profesionales se limitaban a orientar a los consultantes o a recetar medicación

previamente indicada en un plan de medicación realizado por otro profesional. Durante una de las consultas presenciadas, uno de los psiquiatras del servicio observó que el esquema de medicación que había sido indicado al paciente por el profesional tratante meses atrás no era correcto y podría haber sido mejorado, sin embargo para evitar una confrontación el mismo no fue ajustado, lo cual representa un ejemplo que no estaría alineado con el derecho a los pacientes a recibir la mejor opción de tratamiento posible (Ley N° 26.657, 2010).

El tercer tema recurrente surgido durante las entrevistas y a través de la observación participante fue la dimensión estructural del equipo de trabajo. Durante la entrevista realizada a la coordinadora de la casa de medio camino, se remarcó la importancia que tuvo a nivel de estructura del equipo profesional la jubilación de la jefa del servicio y su colaboradora más cercana, y que a su vez esto coincidió con un cambio de gobierno que significó la reasignación de dos licenciados en psicología rentados a otro ministerio. Esto dio como resultado el cierre del servicio hasta que se volviera a realizar el concurso pertinente para una nueva jefatura del mismo. Esto pone en evidencia la falta de planificación y asignación de recursos percibida por la mayoría de los trabajadores del área de salud pública, quienes identifican la falta de inversión de recursos y políticas públicas como el principal obstáculo para la implementación exitosa de la Ley 26.657 (Zaldúa et al., 2014).

En este sentido, es importante resaltar que esta falta de planificación y reorganización de recursos impacta directamente en la calidad del servicio que reciben sus usuarios, y de esta forma obstaculizan el pleno ejercicio de sus derechos y reproducen lógicas tutelares y asilares que promueven su institucionalización y cronificación como usuarios de los efectores de salud (Amarante, 2009).

Durante una de las entrevistas realizadas en el servicio de guardia, uno de los psiquiatras del equipo comentó al respecto que cada servicio “era un mundo”, y por esa razón la calidad de atención recibida por los pacientes dependía en cierta medida del azar, pues no existían lineamientos de trabajo sistematizados o auditorías avocadas a revisar la modalidad y calidad de atención recibida por los usuarios de los diferentes servicios, con lo

cual cada responsable de servicio tenía la potestad de manejarlo de acuerdo a su propio criterio.

A raíz de los puntos previamente mencionados, la modalidad de atención mediante efectores monovalentes como el del presente trabajo sería reforzada a partir de los déficits de recursos y la ausencia de planificación y ejecución de lineamientos políticos propuestos por la Ley en los diversos ámbitos de la atención de la salud, y se pondría de manifiesto en la falta de apertura de salas de internación para salud mental en hospitales generales, de creación a gran escala de dispositivos sustitutivos y de apoyo, tales como casas de medio camino, pisos asistidos, dispositivos de atención a la comunidad y la falta de reorganización de recursos humanos y económicos en general en el ámbito de la salud pública (Zaldúa et al., 2014).

5.3. Características del trabajo interdisciplinario de los servicios de guardia y casa de medio camino de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre pacientes con esquizofrenia

Con respecto a las características del trabajo interdisciplinario de estos servicios, en primer lugar es importante señalar que a través de la observación participante se pudo percibir una diferencia notoria en diferentes aspectos de esta modalidad de trabajo entre el servicio de casa de medio camino y el de guardia.

En el caso de la casa de medio camino, el principal factor mencionado durante las entrevistas fue la importancia de la comunicación entre las diferentes disciplinas que integraban el equipo, como así también con los diferentes sectores con los cuales se articulaba su trabajo, identificada por algunos autores como fundamental para lograr tratamientos de buena calidad (Keegan, 2007), enfatizando la comunicación frecuente entre los profesionales, el respeto mutuo, la formación de experiencias previas y la frecuencia de contacto con el paciente (Sudak, 2011). En ese sentido fue posible observar que los profesionales de este servicio promovían constantemente el trabajo en equipos interdisciplinarios e intersectoriales, resaltando la riqueza que las diferentes disciplinas aportaban al tratamiento de los residentes. A su vez, los primeros y terceros viernes de cada mes se realizaban reuniones de equipo en las cuales se hacía un análisis general de cada uno

de los talleres y a continuación una revisión caso por caso de la situación de cada uno de los residentes.

Por otro lado, la comunicación entre los representantes de las diferentes disciplinas del servicio de guardia presentaba en cambio una modalidad diferente. En línea con lo identificado por Donatti et al. (2015), se pudo observar que la mayoría de los psicólogos de este equipo se interesaba por el tratamiento psicofarmacológico, pero no ocurría lo mismo con los psiquiatras en relación al tratamiento psicológico de los pacientes. A través de la observación participante fue posible notar además que a la mayoría de las consultas sólo asistían psiquiatras, y que sólo en algunos casos específicos se involucraba a los psicólogos o trabajadoras sociales, tales como por ejemplo cuando se realizaban internaciones involuntarias, que requerían de acuerdo con la ley la participación de al menos dos profesionales, uno de los cuales debe ser necesariamente psiquiatra o psicólogo (Ley 26.657, 2010).

Adicionalmente, distintos profesionales de ambos servicios, en especial psicólogos y trabajadores sociales señalaron en diversas oportunidades dificultades y situaciones conflictivas que se presentan como resultado de la resistencia a los cambios que se observa en algunos profesionales con relación a los lineamientos estipulados por la Ley, tanto en el plano institucional como en el trabajo interdisciplinario, especialmente en términos de las incumbencias de cada disciplina. Por ejemplo una de las psicólogas rotantes del servicio de guardia indicó que fue difícil integrarse al equipo, ya que estaba integrado mayormente por psiquiatras que por lo general asistían a las consultas sin acompañamiento de otros profesionales de diferentes disciplinas. De hecho la práctica realizada como parte de este trabajo en ese servicio fue suspendida por el jefe de psiquiatría en forma repentina, no sólo para esta práctica en particular sino para todas las prácticas de estudiantes de psicología de otras instituciones en ese hospital, sin dar mayores explicaciones. Al respecto dos psicólogas del servicio de la casa de medio camino indicaron que se trató de una reacción política por parte de las autoridades de esa institución a la repercusión que tuvo el proyecto de reforma del decreto reglamentario de la Ley 26.657, que finalmente no fue publicado (CELS, 2017).

Por su parte, la trabajadora social de la casa de medio camino sostuvo que si bien en ese servicio el trabajo interdisciplinario se realizaba en forma armoniosa y sin dificultades, esto no era así en la mayoría de los otros servicios del hospital. Tal como fuera identificado por Zaldúa y equipo en su trabajo, la resistencia a los cambios en algunos de los profesionales era uno de los tres mayores obstáculos identificados de la implementación de la Ley 26.657, junto con la falta de políticas públicas e inversión económica y las resistencias institucionales (Zaldúa et al., 2014).

Otro tema importante y recurrente que surgió en el transcurso de las entrevistas fue la importancia que atribuían algunos de los profesionales a la articulación entre las diferentes disciplinas, y el impacto que eso conlleva en el tratamiento y seguimiento de cada paciente. Durante las entrevistas a la coordinadora y la psicóloga residente de la casa de medio camino ambas indicaron que desde ese servicio constantemente realizaban esa tarea, tanto entre las distintas disciplinas como así también con los diferentes dispositivos con los que interactuaban, como por ejemplo los talleres protegidos, los programas de externación asistida, los profesionales tratantes, sus familiares y la comunidad en general. Si bien esta articulación presenta tanto aspectos positivos como negativos como resultado de esta colaboración, se ha convertido en el enfoque más utilizado y beneficioso para el tratamiento de estos trastornos (Riba et al., 2018; Rojas et al., 2014).

Asimismo, otro tema emergente durante las entrevistas que cabe resaltar es la falta de profesionales en algunos de estos servicios, y al respecto la psicóloga rentada sostuvo que para hablar de interdisciplina es necesario que existan profesionales representando a las diferentes disciplinas, además de programas de inclusión social y dispositivos intermedios que aún no existen en cantidad suficiente para suplir la demanda presente (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2015, Rojas et al., 2014).

5.4. Dispositivos o modalidades de abordaje psicoterapéutico para personas con esquizofrenia que podrían implementarse desde la perspectiva de los profesionales de la salud de estos servicios para mejorar la adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657

Al ser consultados por los dispositivos o modalidades de abordaje psicoterapéutico para personas con esquizofrenia que podrían implementarse para mejorar la adecuación a la Ley

26.657, en términos generales los profesionales entrevistados de ambos servicios no propusieron dispositivos o modalidades de abordaje diferentes a las que actualmente conocían o realizaban. En ese sentido la coordinadora por ejemplo indicó que la única limitación que observaba era la de la falta de dispositivos intermedios para acelerar el proceso de desinstitucionalización, y que en términos de las modalidades de abordaje que actualmente utilizaban en el servicio creía que las mismas eran adecuadas y no sugirió alternativas superadoras a las mismas.

Por su parte la psicóloga residente de ese servicio indicó que en realidad consideraba que idealmente deberían implementarse todos los dispositivos que la Ley 26.657 contempla, sin embargo eso dependía de factores políticos, económicos e institucionales, y que por lo tanto desde su dispositivo intentaban realizar su mejor esfuerzo para marcar una diferencia en el tratamiento de los pacientes dadas esas condiciones.

Con respecto a su modalidad de abordaje actual, coincidieron en que un eje fundamental del tratamiento de estos pacientes es la adherencia al tratamiento psicofarmacológico. Según la coordinadora de la casa de medio camino, el abandono del tratamiento es la principal causa de las recaídas. A raíz de esto, se realiza psicoeducación tanto a los residentes como a sus familiares para resaltar la importancia de la continuidad de la toma de la medicación, siendo esta una medida efectiva para reducir las tasas de recaídas y re-hospitalización de estos pacientes (Pitschel-Walz et al., 2001).

Por otro lado, un segundo tema que surgió tanto en la observación directa como también en las entrevistas con las psicólogas de ambos servicios fue el marco teórico desde el cual se posicionaban para planificar su tratamiento y realizar diversas intervenciones. El marco predominante era el psicoanalítico, que tal como fuera previamente notado, en opinión de algunos autores no contaría con evidencia suficiente que soporte su eficacia para tratamiento de pacientes con esquizofrenia e inclusive estaría contraindicado (García Valencia et al., 2014; Malmberg et al., 2013), sin embargo para otros autores sí es posible obtener buenos resultados con este enfoque siempre y cuando sea aplicado por terapeutas experimentados, excluyendo las aproximaciones clásicas, enfatizando el presente y demás aspectos previamente mencionados (Bachmann et al., 2003).

En este sentido cabe observar que si bien la terapia individual de los residentes de la casa de medio camino era realizada por profesionales experimentados de este hospital, los días lunes los residentes realizaban terapia grupal dentro de la casa, en un espacio coordinado por una lic. en psicología no rentada que colaboraba con esta actividad. Al indagar sobre el marco teórico y modalidad de este dispositivo la coordinadora indicó que el enfoque era también psicoanalítico de base, y que por otro lado el taller de convivencia de los miércoles tenía un enfoque predominantemente conductual, mayormente enfocado en ordenar las tareas cotidianas y desactivar conflictos que surgen entre los residentes debido a la convivencia.

Otro de los puntos importantes que surgieron en repetidas oportunidades a lo largo de la práctica y durante las entrevistas, especialmente en las de la coordinadora y psicóloga de la casa de medio camino, fue la importancia de ese dispositivo como lazo, tanto para con la comunidad como así también para con el resto de los dispositivos con los cuales interactuaban como parte del tratamiento de los residentes. Tal como su nombre lo indica, este servicio se encuentra a mitad de camino entre la internación y la comunidad, y por lo tanto es indispensable que funcione como nexo de articulación entre ellos, generando las condiciones propicias para su rehabilitación psicosocial y su reinserción comunitaria (Hospital José T. Borda, 2017).

Con este objetivo en mente, y además de las actividades y talleres mencionados anteriormente, los días martes se realiza un taller laboral coordinado por colaboradoras no rentadas, licenciadas y estudiantes de psicología, que a través de diversas actividades promueven la auto-gestión de los residentes con foco en los diferentes oficios aprendidos en cursos y talleres protegidos, a la vez de apoyarlos en caso de que cuenten con emprendimientos propios.

6. Conclusiones

En función de lo previamente expuesto, en el transcurso de este trabajo fue posible identificar diversos puntos en los cuales impactó la implementación de la Ley 26.657 en el abordaje de pacientes con esquizofrenia por parte de los servicios de guardia y casa de medio camino de este hospital, tales como el reconocimiento de la salud como un proceso multideterminado, el fortalecimiento de un modelo de atención de base comunitaria con un

abordaje interdisciplinario e intersectorial en la mayoría de los equipos de trabajo, con foco en los derechos de la persona con padecimiento mental. Por otro lado, se observa que el proceso de implementación de la misma necesariamente requiere de un período de adaptación de los dispositivos, que es el que actualmente se encuentran transitando los diferentes equipos implicados, pero a su vez se observa que para ello se requiere de voluntad política para concretar las medidas requeridas y potenciar todos los dispositivos existentes, tanto a nivel de recursos humanos como materiales y de capacitación.

Se describió el abordaje de pacientes con esquizofrenia por parte de los servicios de guardia y casa de medio camino de un hospital monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a raíz de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. A partir de la información obtenida a través de la observación participante y entrevistas semi-dirigidas se considera que fue posible cumplir los objetivos propuestos de indagar alguno de los cambios producidos por la misma en el abordaje de estos pacientes, de describir las características del trabajo interdisciplinario de estos servicios y por último de indagar qué dispositivos psicoterapéuticos podrían implementarse desde la perspectiva de los profesionales para mejorar la adecuación a la Ley.

En primer lugar se describieron los cambios producidos luego de la implementación de la Ley, entre los cuales fue posible identificar las dificultades que se presentan tanto a nivel estructural como a nivel de los equipos de trabajo (Rojas et al., 2014; Zaldúa et al., 2011; Zaldúa et al., 2014), las diferencias en cuanto al foco fundamental de trabajo entre los dos servicios desde la perspectiva del impacto de la Ley, notando una mayor alineación en este sentido en el servicio de casa de medio camino en cuanto al foco en la atención comunitaria y el fomento de la desinstitucionalización (Ley 26.657, 2010), y por último la dimensión estructural del equipo de trabajo y cómo la falta de planificación puede afectar la calidad de servicio recibida por parte de los usuarios de los efectores de salud (Amarante, 2009).

En segundo lugar, se describieron las características del trabajo interdisciplinario de estos servicios, encontrando diferencias sustanciales entre ambos, dadas por la fluidez de la comunicación entre las diferentes disciplinas en el caso de la casa de medio camino, fundamental para lograr tratamientos de buena calidad (Keegan, 2007) enfatizando el respeto mutuo y la frecuencia de contacto con el paciente entre otras (Sudak, 2011),

mientras que en el servicio de guardia se observó en este sentido un menor interés por parte de los psiquiatras por el tratamiento psicosocial, aunque los psicólogos sí se interesaban por el tratamiento psicofarmacológico de los pacientes (Donatti et al., 2015). Por otro lado se resaltó también la importancia que atribuían algunos profesionales al trabajo de articulación entre las diferentes disciplinas y el impacto que esto tenía en el tratamiento y seguimiento de cada paciente (Riba et al., 2018; Rojas et al., 2014) y también sobre el impacto que tenía sobre ellos la falta de profesionales en algunos de los servicios (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2015).

Por último, se consultó a los profesionales de estos servicios sobre los dispositivos o modalidades de abordaje que podrían implementarse para mejorar la adecuación a la Ley 26.657, a raíz de lo cual se pudo identificar la importancia de la psicoeducación de los residentes y familiares, especialmente para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, las diferentes intervenciones que se realizan desde el psicoanálisis y cómo podrían ser mejoradas, tanto a nivel individual como grupal, y por último la importancia del dispositivo de casa de medio camino como lazo para con la comunidad.

Con respecto a las limitaciones metodológicas del presente trabajo, cabe resaltar en primer lugar la imposibilidad de concluir las últimas semanas de práctica en el servicio de guardia debido a las razones previamente mencionadas. Por este motivo no fue posible realizar algunas de las entrevistas programadas con sus profesionales, por lo tanto es posible que el resultado de los objetivos pudiera haber sido en cierto modo diferente en términos de los puntos clave que fueron identificados a partir de las entrevistas y la observación realizadas durante la práctica.

Otra limitación que fue posible identificar relacionada con el tercer objetivo de este trabajo fue la falta de propuestas específicas por parte de los profesionales con relación a los dispositivos o modalidades de abordaje que podrían ser implementados para mejorar la adecuación a la Ley 26.657. En este sentido, se sugiere realizar futuras investigaciones a nivel local sobre la efectividad de las modalidades de abordaje identificadas en este trabajo como posibles mejoras a las realizadas actualmente, tales como el impacto de las intervenciones familiares psicoeducativas como medida efectiva para reducir las tasas de recaídas y re-hospitalización de estos pacientes (Pitschel-Walz et al., 2001), los abordajes

grupales para mejorar los resultados terapéuticos y la experiencia subjetiva de los implicados (Davidson et al., 2000; Sibitz et al., 2007), evaluar el uso de la terapia cognitivo-conductual para reducir los síntomas positivos y negativos en pacientes con esquizofrenia (Candida et al., 2016; Peters et al., 2017; Schmidt et al., 2015), analizar el impacto que tienen las terapias de rehabilitación cognitiva y psicosocial con foco tanto en los componentes alterados de la cognición social sobre este tipo de pacientes (Mueller et al., 2017; Breitborde et al., 2017) y continuar investigando la relación existente entre las experiencias adversas durante la infancia y la probabilidad de experimentar alucinaciones (Honig et al., 1998; Whitfield, Dube, Felitti & Anda, 2005), de forma de poder identificar a partir de ello los factores de riesgo implicados e implementar medidas efectivas para prevenirlos.

A través de este trabajo fue posible vislumbrar la importancia que tiene cada uno de los eslabones que componen nuestro sistema de salud sobre el tratamiento recibido por parte de las personas con padecimientos mentales, y en qué forma la conceptualización que cada uno de los profesionales implicados tiene sobre la salud afecta decisivamente el resultado.

El presente trabajo intenta dar cuenta de los cambios observados por los profesionales de la salud de estos servicios a raíz de la implementación de la Ley 26.657, las características que perciben con relación al trabajo interdisciplinario que realizan y cómo sería posible mejorar esa adecuación a través de la utilización de nuevos abordajes psicoterapéuticos y otros recursos. Tomando estos objetivos como punto de partida se realizó un recorrido bibliográfico sobre el estado del arte en relación a estos aspectos y se sugirieron algunas alternativas posibles a las prácticas actualmente realizadas, las cuales podrían ser validadas localmente para comprobar su efectividad.

Esta experiencia ha sido sumamente enriquecedora tanto a nivel personal como profesional, y me ha permitido realizar un pequeño aporte a los pacientes que residían en la casa de medio camino, acompañándolos, escuchándolos y compartiendo con ellos cada tarde; y al mismo tiempo resaltar que gracias a esta práctica mi visión sobre las personas con esquizofrenia cambió por completo, lo cual me permitió ir más allá de los prejuicios infundados y conectarme con ellos de persona a persona.

En este sentido queda abierta la pregunta acerca de cómo podemos contribuir desde nuestra profesión para reducir el estigma relacionado con este y otros trastornos mentales graves, de forma de mejorar su posibilidad de reinserción plena en la comunidad a estos pacientes.

Desde una mirada crítica y constructiva, fue posible identificar algunos aspectos que podrían ser modificados en miras de lograr una mejor adecuación a la Ley 26.657 en estos servicios. En primer lugar, y si bien las consultas que recibe el servicio de guardia son generalmente de naturaleza ambulatoria e involucran intervenciones puntuales, fue posible notar que existía una clara asimetría en términos generales en la distribución de cargos institucionales así como también sobre la toma de decisiones, tanto a nivel de composición de los equipos como también sobre el tratamiento de los pacientes, observando una preeminencia de la figura del médico psiquiatra por sobre el resto de las disciplinas, lo cual no estaría alineado con la distribución de responsabilidades y la igualdad de condiciones entre las diferentes disciplinas para ocupar cargos de conducción y gestión de los servicios e instituciones, y como consecuencia de ello las respuestas contarían con menor complejidad afectando de esa forma la calidad de atención recibida (Ley N° 26.657, 2010).

Con respecto al espacio de terapia grupal los días lunes en la casa, en diversas oportunidades algunos de los residentes manifestaron que desde su punto de vista no percibían diferencias entre el taller de convivencia y el de terapia grupal, y por otro lado relataron experiencias anteriores donde participaron de otros espacios de terapia grupal en instituciones previas, donde se utilizaba un enfoque diferente que les permitía expresarse en un contexto de contención y apertura, en el cual ellos podían expresarse sin miedo a la reacción de los demás, en un ambiente en el que se sentían comprendidos debido a que muchos de ellos habían atravesado situaciones similares con relación a voces alucinadas y otros síntomas relacionados con este trastorno. En este sentido se observaría la posibilidad de realizar un entrenamiento específico en este tipo de dispositivos con el objetivo de mejorar los resultados terapéuticos y la experiencia subjetiva de los implicados (Davidson et al., 2000; Sibitz et al., 2007).

Otro de los puntos importantes que podrían llegar a mejorarse es la implementación de un sistema integrado de información, que permita consultar a los profesionales de los

diferentes servicios las historias clínicas actualizadas de los pacientes que los consultan, y de esta forma evitar un tratamiento fragmentado que impida abordar cada caso con la complejidad e interdisciplinariedad que requiere.

Por otro lado, en distintas oportunidades algunos de los residentes que participaban del programa refirieron no haber sido consultados por el contenido o historia de las voces alucinadas, tanto en su psicoterapia individual como tampoco en la modalidad grupal. En base a esto se observa la oportunidad de implementar algunas de las técnicas individuales (Peters et al., 2017) y grupales innovadoras antes mencionadas (Burlingame et al., 2004; Davidson et al., 2000; Sibitz et al., 2007; Zgantouri et al., 2006) de forma de ayudar a los residentes a explorar, confrontar y entender las experiencias psicóticas que perciben, y de esa forma modificar el significado y la interpretación que atribuyen a esos síntomas (Candida et al., 2016; Oakland et al., 2015; Schmidt et al., 2015), especialmente en personas con un primer episodio psicótico (Mueller et al., 2017) ya que como fuera indicado previamente, existe evidencia de que la forma en que las experiencias psicóticas son interpretadas por los individuos podría evitar que las mismas lleguen a ser clínicamente relevantes (Peters et al., 2017).

Con respecto a la psicoeducación de los residentes y su entorno familiar, durante la práctica realizada en la casa de medio camino fue posible observar que las reuniones con familiares de residentes se daban con poca frecuencia, y mayormente ante episodios o situaciones específicas que las generaban. Por otro lado, en la opinión de los profesionales consultados esto se debía muchas veces a falta de interés por parte de los familiares de restablecer o tener un contacto más fluido con los residentes, muchas veces debido al curso crónico y variable de esta enfermedad que afecta la calidad de vida del paciente y sus familiares (Silva Ibarra, 2012). En este sentido se observa que sería posible reforzar el trabajo conjunto de los psicólogos y trabajadoras sociales junto con los familiares de los residentes, de forma de intentar lograr un mayor involucramiento de los mismos en su tratamiento, no sólo durante esta etapa sino durante todo el proceso de atención, ya que esta modalidad de tratamiento psicosocial ha demostrado su eficacia en sucesivas revisiones sistemáticas (Barbato et al., 2000; Pilling et al., 2002).

Fue posible observar además que las pensiones otorgadas a los residentes luego de finalizar el programa de residencia, por un lado demoraban varios meses en ser asignadas, lo que implica que aquellos usuarios con problemáticas habitacionales no tuvieran otra posibilidad más que permanecer internados o ingresar a un servicio intermedio mientras tanto, y por otro lado el monto otorgado sólo les permitía acceder a habitaciones precarias ubicadas por lo general en zonas poco seguras, y teniendo en cuenta las dificultades que algunos de ellos presentaban en actividades tales como manejar en forma autónoma su propio dinero, rutinas de aseo, vestimenta y limpieza, este tipo de intervenciones de ayuda de vivienda y sustento económico no serían suficientes para garantizarle a los pacientes una vivienda digna ni brindarles las condiciones necesarias para su reincorporación efectiva a la comunidad.

Sobre este y los puntos mencionados anteriormente se observa la necesidad de implementar con premura una mejora en este tipo de intervenciones tan necesarias para poder pensar en un tratamiento realmente integral que posibilite una efectiva reinserción social (Silva Ibarra, 2012), que a su vez deberá ser acompañado por la creación de un mayor número de estructuras y dispositivos intermedios que garanticen el pleno ejercicio de los derechos de las personas con padecimiento mental (Zaldúa et al., 2011), para lo cual es indispensable la voluntad política para llevarlas a cabo.

Al ser consultada por los dispositivos o modalidades de abordaje psicoterapéutico para personas con esquizofrenia que podrían implementarse para mejorar la adecuación a la Ley 26.657, la psicóloga residente de la casa de medio camino respondió “todos los que nombra”, que lejos de ser una síntesis reduccionista es en realidad un fiel reflejo de que, por un lado, la Ley es una versión superadora e innovadora en términos de su definición de salud mental como proceso, su perspectiva interdisciplinaria, integral y su orientación hacia la protección de los derechos de los sujetos con padecimiento mental, y que por otro lado, en términos de su aplicación efectiva aún queda camino por recorrer.

7. Referencias

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington.
- Argo, T., Crismon, M., Miller, A., Moore, T., Bendele, S., & Suehs, B. (2008). *Texas Department of State Health Services. Texas Medication Algorithm Project. Procedure Manual. Schizophrenia treatment algorithms*. Obtenido de <https://www.jpshhealthnet.org/sites/default/files/tmapalgorithmforschizophrenia.pdf>
- Arseneault, L., Moffitt, T., Caspi, A., Taylor, T., & Silva, P. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 970–986. doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.979>
- Bachmann, S., Resch, F., & Mundt, C. (2003). Psychological Treatments for Psychosis: History and Overview. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 155-176.
- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2000). Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatrica Scandinava*(102), 81-97. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102002081.x
- Barnes, T. (2011). Schizophrenia Consensus Group of British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*(25), 567-620. doi:10.1177/0269881110391123
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke.
- Breitborde, N., Moe, A., Woolverton, C., Harrison-Monroe, P., & Bell, E. (2017). An uncontrolled trial of multi-component care for first-episode psychosis: effects on social cognition. *Early Interv Psychiatry*. doi:10.1111/eip.12417

- Brown, J. E. (2007). *Ciudadanía de mujeres en Argentina: los derechos (no) reproductivos y sexuales como bisagra, lo público y lo privado puesto en cuestión*. Obtenido de FLACSO Andes: hdl.handle.net/10469/1019
- Buchanan, R., Kreyenbuhl, J., Kelly, D., Noel, J., Boggs, D., Fischer, B., . . . Keller, W. (2010). Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull*(36), 71-93.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small-Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change. En M. L. (Ed.), *Begin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (págs. 647-696). New York: Wiley.
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E., & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*, 26(1), 17-31. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Candida, M., Campos, C., Monteiro, B., Rocha, N., Paes, F., Nardi, A., & Machado, S. (2016, 05 01). *Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: an overview on efficacy, recent trends and neurobiological findings*. Retrieved from MedicalExpress: <http://dx.doi.org/10.5935/MedicalExpress.2016.05.01>
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., & Rus-Calafell, M. (2017). Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y calidad de vida. *Terapia Psicológica*, 35(1), 111-114.
- CELS Centro de Estudios Legales y Sociales (2017). *Ley de salud mental: un cambio por decreto de su reglamentación elimina la perspectiva de dd.hh*. Obtenido de <https://www.cels.org.ar/web/2017/11/ley-de-salud-mental-un-cambio-por-decreto-de-su-reglamentacion-elimina-la-perspectiva-de-derechos-humanos/>
- Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: Una asignatura pendiente. *Revista Argentina de clínica psicológica XVII. Fundación AIGLE*, 173-182.
- Cohen, H. (2009). *Salud mental y derechos humanos*. Organización Panamericana de la Salud.

- Davidson, L., Stayner, D. A., Chinman, M. J., Lambert, S., & Sledge, W. H. (2000). Preventing relapse and readmission in psychosis: using patients' subjective experience in designing clinical interventions. In B. V. Martindale, A. Bateman, M. Crowe, & F. M. (Ed.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness* (pp. 134-156). London: Gaskell.
- De Lellis, M. (2016). Ética y políticas inclusivas de salud mental. En R. Escalada, *Ley Nacional de Salud Mental. De la letra a su implementación. La universidad interpelada*. Rosario, Argentina: Laborde editor.
- Di Nella, Y., Sola, M., Calvillo, L., Negro, L., Paz, A., & Venesio, S. (2011). Las camas del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, mayo 2010-mayo 2011. *Rev Argent Salud Pública*, 2(8), 43-46.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2015). *Políticas públicas de salud mental. Enfoques, estrategias y experiencias con base en la comunidad*. Buenos Aires.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2015). *RESAM, a un año de su implementación*. Ministerio de Salud. Obtenido de http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-04-01_resam-un-anio-de-su-implementacion-informe.pdf
- Donatti, S., Garay, C., & Etchevers, M. (2015). La comunicación entre psicólogos clínicos y psiquiatras en el tratamiento combinado (psicoterapia y farmacoterapia) en salud mental. *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología - UBA*, XXII, 29-38.
- Fontao, M. I., Ross, T., Quiroga, S. E., & Hoffmann, K. (2010). Terapia Grupal en el Tratamiento de la esquizofrenia: Una revisión bibliográfica sobre los modelos terapéuticos y los problemas en su investigación empírica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 151-162. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921801005.pdf>
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: FCE.

- Gaebel, W., Riesbeck, M., & Wobrock, T. (2011). Schizophrenia guidelines across the world: a selective review and comparison. *International Review of Psychiatry*(23), 379-387. doi:10.3109/09540261.2011.606801
- Gaebel, W., Weinmann, S., Sartorius, N., Rutz, W., & McIntyre, J. (2005). Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. *British Journal of Psychiatry*(187), 248-255. doi:10.1192/bjp.187.3.248
- Garay, C., Donatti, S., Ortega, I., Rosales, M., Koutsovitis, F., Colombo, M., & Etchevers, M. (2016). Perspectiva de los pacientes sobre el tratamiento combinado de psicoterapia y farmacoterapia. *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología - UBA., XXIII*, 25-32.
- García Valencia, J., Ahunca Velásquez, L., Bohórquez Penaranda, A., Gómez Restrepo, C., Jaramillo González, L., & Palacio Acosta, C. (2014). Tratamiento con intervenciones psicoterapéuticas en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría, SI*(44), 90-100. doi:10.1016/j.rcp.2015.05.011
- Green, M., Horan, W., Lee, J., McCleery, A., Reddy, L., & Wynn, J. (2017). Social disconnection in schizophrenia and the general community. *Schizophr Bull.* doi:10.1093/schbul/sbx082
- Hofmann, S., Wu, J., & Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 82(3), 375-391. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0035491
- Honig, A., Romme, M., Ensink, B., Escher, S., Pennings, M., & deVries, M. (1998). Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *J Nerv Ment Dis*, 186(10), 646-651.
- Hospital José T. Borda. (2017). *Programa residencial de salud mental*. Buenos Autónoma de Buenos Aires.
- Howes, O., & Kapur, S. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III--the final common pathway. *Schizophr Bull*, 35(3), 549-562. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbp006>

- Kane, J., Robinson, D., Schooler, N., Mueser, K., Penn, D., Rosenheck, R., & ... & Heinssen, R. (2016). Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes from the NIMH RAISE Early Treatment Program. *American Journal of Psychiatry*, 173:362–372. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15050632
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (2009). *Sinopsis de psiquiatría* (10ª ed.). Panamericana.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 160(1), 13-23. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.13>
- Kapur, S., Mizrahi, R., & Li, M. (2005). From dopamine to salience to psychosis linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophr Res*, 79(1), 59-68. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2005.01.003>
- Keegan, E. (2007). *Escritos de Psicoterapia Cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba.
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. Edinburgh: E. & S. Livingstone.
- Kreyenbuhl, J., Buchanan, R., Dickerson, F., & Dixon, L. (2010). Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations. *Schizophr Bull*(36), 94-103.
- Kuhn, T. S. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Leucht, S., Corves, C., Arbter, D., Engel, R., Li, C., & Davis, J. (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*(373), 31-41.
- Ley N° 26.657. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Argentina. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010.
- Lindström, L. (1994). Long-term clinical and Social outcome studies in schizophrenia in relation to the cognitive and emotional side effects of antipsychotic drugs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*(89), 74-76.

- Lipovetzky, G., & Agrest, M. (2015). Aspectos clínicos de los tratamientos en colaboración entre psiquiatras y psicoterapeutas. *Rev. Arg. de Psiquiat, XVII*, 263-269.
- Malmberg, L., Fenton, M., & Rathbone, J. (2012). Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis. *Cochrane Database Syst Rev*(2).
- Ministerio Público Tutelar. (2013). Niñez, adolescencia y salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. *Informe final de gestión del Ministerio Público Tutelar 2007-2013*. Obtenido de www.asesoriatutelar.gob.ar
- Ministerio Público Tutelar. (2014). Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad de Buenos Aires. Documento de Trabajo N° 21. Obtenido de www.asesoriatutelar.gob.ar
- Mueller, D., Khalesi, Z., Benzing, V., Castiglione, C., & Roder, V. (2017). Does integrated neurocognitive therapy (INT) reduce severe negative symptoms in schizophrenia outpatients? *Schizophr Res*. doi:10.1016/j.schres.2017.01.037
- Nazar, J. (1994). Abordaje terapéutico integral psicoterapia y psicofármacos. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat*, 5(1), 50-51. Obtenido de <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex16.pdf>
- NICE. (2010). *The NICE guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. Obtenido de <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg82fullguideline.pdf>
- Oakland, L., & Berry, K. (2015). "Lifting the veil": a qualitative analysis of experiences in Hearing Voices Network groups. *Psychosis*, 7(2), 119-129. doi:<https://doi.org/10.1080/17522439.2014.937451>
- Olatunji, B., Davis, M., Powers, M., & Smits, J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *J Psychiatr Res*, 47(1), 33-41. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Principios de Brasilia. Brasilia. Obtenido de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligat

orias/066_salud2/material/normativas_legislaciones/ops_oms_principios_brasilia.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Esquizofrenia. Nota descriptiva N°397*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Informe sobre la salud en el mundo. Capítulo 1: Salud mundial: retos actuales*. Obtenido de <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>

Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas*. Caracas. Obtenido de www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

Peters, D., Garg, A., Bloom, G., Walker, D., Brieger, W., & Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*(1136), 161-171.

Peters, E., Ward, T., Jackson, M., Woodruff, P., Morgan, C., McGuire, P., & Garety, P. (2017). Clinical relevance of appraisals of persistent psychotic experiences in people with and without a need for care: an experimental study. *The Lancet Psychiatry*(4), 927-936. doi:10.1016/S2215-0366(17)30409-1

Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., & Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32(5), 763-782. doi:10.1017/S0033291702005895

Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia - A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73-92. doi:<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>

Riba, M., Balon, R., & Weiss Roberts, L. (2018). *Competency in combining pharmacotherapy and psychotherapy. Integrated and split treatment*. Arlington: American Psychiatric Association Publishing.

- Rocca, P., Galderisi, S., Rossi, A., Bertolino, A., Rucci, P., & Gibertoni, D. (2016). Social cognition in people with schizophrenia: a cluster-analytic approach. *Psychol Med*(46), 2717-2729.
- Rojas, M., Santimaria, L., Fevre, M., & Santimaria, G. (2014). Incidencias de la Ley Nacional de Salud Mental en los dispositivos de guardia desde la perspectiva de los profesionales psicólogos y psiquiatras. *Anuario de investigaciones. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología, XXI*(2), 131-137. Obtenido de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v21n2/v21n2a18.pdf>
- Rovere, M. (2004). El Derecho a la Salud y la construcción de ciudadanía. En R. M. Borrell, *La Formación de Posgrado en Salud Pública. Nuevos desafíos, nuevos caminos.* (págs. 25-29). Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/coleccionOPS/pub/Pub59.pdf>
- Sarraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos.* México: Pax.
- Schmidt, S., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B., Maric, N., Salokangas, R., Riecher-Rössler, A., . . . Ruhrmann, S. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical. *Eur Psychiatry, 30*(3), 388-404. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.01.013
- Sibitz, I., Amering, M., Gossler, R., Unger, A., & Katschnig, H. (2007). Patients' perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia: A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(11), 909-915.
- Silva Ibarra, H. (2012). *La esquizofrenia: de Kraepelin al DSM-V.* Santiago de Chile: Mediterraneo.
- Sudak, D. (2011). *Combining CBT and Medication. An evidence-based approach.* New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Sutter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care, 23*(1), 41-51.
- Tisera, A., & Lohigorry, J. (2014). Sentidos y significados sobre servicios de salud mental desde la perspectiva de usuarios/as. En la ciudad autónoma de Buenos Aires.

- Durante 2014. *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología - UBA, XXII*, 263-271.
- Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A., & Loskowicz, A. (2013). Salud mental y desinstitucionalización: Resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la ciudad de buenos aires. *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología - UBA, XX*, 251-258.
- Twomey, C., O'Reilly, G., & Byrne, M. (2015). Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. *Fam Pract*, 32(1), 3-15. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmu060>
- Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (7.a edición ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
- Whitfield, C., Dube, S., Felitti, V., & Anda, R. (2005). Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse & Neglect Journal*(29), 797-810.
- 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. *IX JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN. Instituto Gino Germani.*, (pp. 1-19). Buenos Aires. Retrieved from <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/38.pdf>
- Zaldúa, G., Pawlowicz, M. P., Tisera, A., Longo, R., Sopransi, M., Lenta, M. M., . . . Lohigorry, J. (2014). Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2010 y 2013. *XI JORNADAS NACIONALES DE SALUD Y POBLACIÓN. Instituto Gino Germani*, (pp. 1-12). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Retrieved from <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/84>
- Zgantouri, K. A., Vallianatou, N. G., & Nestoros, J. N. (2006). Pre- and postsession ratings in integrative psychotherapy of schizophrenia: A way to better understand the mechanisms of in-session psychotherapeutic change? *Psychotherapy Research*, 16(2), 201-213.

