

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias sociales

Carrera de Psicología

Trabajo de Integración Final

Principales factores que inciden en la re internación de pacientes esquizofrénicos
concurrentes a un hospital público de la ciudad de Buenos Aires

Alumna: Caouris Anchel, Brenda Romina

Tutor: Dr. Leiderman, Eduardo

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 6 noviembre de 2018

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	6
2.1. General.....	6
2.2. Específicos.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	6
3.1 Esquizofrenia y sus concepciones.....	6
3.2 Conciencia de enfermedad.....	10
3.3 Apoyo social.....	12
3.4 Situación social en esquizofrenia.....	14
3.5 Tratamientos.....	16
3.5.1 Tratamientos farmacológicos.....	17
3.5.2 Tratamientos psicoterapéuticos.....	19
3.6 Motivos de internación.....	20
3.7 Admisión hospitalaria.....	23
4. METODOLOGÍA.....	24
4.1 Tipo de estudio.....	24
4.2 Participantes.....	24
4.3 Instrumentos.....	25
4.4 Procedimiento.....	25
5. DESARROLLO.....	26
5.1 Presentación de casos clínicos.....	26
5.2 Indagar en tres pacientes reincidentes, la conciencia que tienen de su enfermedad y la importancia de tratamiento farmacológico para su recuperación.....	28
5.3 Describir la red de contención y apoyo de tres pacientes esquizofrénicos del hospital y su relación con la re internación.....	34

5.4 Describir la situación socio-económica de tres pacientes esquizofrénicos y analizar su relación con la reinternación.	39
6. CONCLUSIONES.....	41
6.1. Limitaciones.....	43
6.2. Perspectiva crítica y aporte personal	44
6.3. Futuras líneas de investigación	46
7. Referencias Bibliográficas.....	47

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo final integrador se basa en la pasantía realizada en el servicio de Admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico Público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional V de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. Dicho Hospital se encarga de recibir pacientes con cuadros psiquiátricos agudos, para realizar evaluación, tratamiento y posterior compensación del cuadro que cada paciente presente, con el fin de lograr la externación del mismo.

Los pacientes ingresantes al servicio de admisión, pueden ser admitidos por distintos dispositivos, pueden ingresar por derivación de otro servicio (cuando el paciente aun encontrándose internado en algún servicio se halla descompensado y su estado actual requiere de una internación más controlada), por medio de la guardia hospitalaria o por pedido de un juzgado interviniente para determinar la capacidad mental de un sujeto que se halla judicializado, dichas internaciones pueden ser de forma voluntaria o involuntaria y tienen una duración aproximada de entre 1 a 30 días, no pudiendo permanecer por más tiempo, en caso de necesidad de continuar internado los pacientes deben ser redirigidos a otro servicio acorde a sus capacidades.

En el servicio de admisión el abordaje es principalmente farmacológico y psicoterapéutico, trabajando en constante interacción con otros servicios, para la compensación de cada paciente, como talleres ocupacionales, asistencia social. También se cuenta con la asistencia de especialidades médicas como Traumatología, Cirugía, Clínica Médica, etc.

Dicho servicio está conformado por un jefe de servicio y dos jefes suplentes, cinco equipos tratantes, integrados cada uno por un Médico Psiquiatra y un/a Licenciado/a en Psicología; contando con un equipo de enfermería y servicio social quienes se encargan de todos los tramites sociales y asesoramientos a pacientes y familiares, como por ejemplo todo lo referente al cobro de pensiones y tramitación de certificados de discapacidad.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar los factores que inciden en la reinternación de pacientes esquizofrénicos en dicho servicio, la conciencia que tienen de su enfermedad y la importancia de tratamiento farmacológico para su recuperación, la importancia de red de contención y apoyo de dichos pacientes y su relación con la reinternación; y la situación económica y su relación con la internación de los mismos.

El interés por realizar este trabajo surge de la experiencia en el Servicio de Admisión teniendo contacto con las personas que padecen trastorno esquizofrénico y sus familiares. Fue así que se planificó la práctica asistencial con una concurrencia semanal al servicio durante 4 meses, donde el interés se focalizó en la observación de aquellos factores que hacen que un paciente esquizofrénico tenga la necesidad de ser reinternado, llevando a cabo entrevistas a los pacientes y familiares como también el uso de historias clínicas.

2. OBJETIVOS

2.1. General

Analizar los principales factores que inciden en la re internación de pacientes esquizofrénicos concurrentes a un hospital público de la ciudad de Buenos Aires.

2.2. Específicos

Indagar en tres pacientes reincidentes, la conciencia que tienen de su enfermedad y la importancia de tratamiento farmacológico para su recuperación.

Describir la red de contención y apoyo de tres pacientes esquizofrénicos del hospital y su relación con la re internación.

Describir la situación socio-económica de tres pacientes esquizofrénicos en el hospital y analizar su relación con la reinternación.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Esquizofrenia y sus concepciones

Desde los inicios de la psiquiatría y la psicología diversas investigaciones respecto a la esquizofrenia se formularon entorno a ella como entidad clínica, algunas teorías han sido dejadas de lado, pero algunas otras aún se mantienen vigentes.

Los desarrollos de Kraepelin fueron los que lograron acuñar una de las primeras definiciones de lo que en la actualidad se entiende por esquizofrenia, entidad a la cual se denominaba demencia precoz. El patólogo alemán encontró fuertes bases para sus teorías, en los estudios sobre las alucinaciones de Esquirol y Lasegue, así como también las investigaciones sobre hebefrenias de Hecker y los trabajos sobre catatonias de Kalbaum. Posteriormente a dicha clasificación, el interés por las particularidades de la enfermedad llevó a Bleuler a proponer una nueva taxonomía para esta patología: Esquizofrenia. Esta denominación hacía referencia a lo que para el autor caracterizaba como los elementos más

visibles de la esquizofrenia: la escisión en las funciones mentales, lo que actualmente se llamaría deterioro cognitivo (Caballero Moreno, 2011).

Es así como la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) define esquizofrenia como una enfermedad altamente invalidante, caracterizada por un gran número de disfunciones cognitivas, emocionales y conductuales, manifestándose deterioro del funcionamiento laboral y social. Si bien no hay síntomas concretos patognomónicos de este trastorno, el mismo se caracteriza por la presencia de por lo menos 1 (o más) de los siguientes síntomas:

- alucinaciones, delirios y/o discurso desorganizado,

Más la presencia de:

- comportamiento muy desorganizado o catatónico, síntomas negativos entendidos como, aplanamiento afectivo, abulia (disminución de la motivación para realizar una actividad dirigida a una meta), alogia y anhedonia.

La presencia de dichos síntomas y signos deben estar presentes por al menos 1 mes o menos (si hubo tratamiento efectivo) y hasta 6 meses de duración, donde el nivel alcanzado en el área social, laboral y cuidado personal, está muy por debajo de lo esperado. El trastorno no puede ser explicado por presencia de enfermedad médica y/o consumo de sustancias adictivas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Los trastornos esquizofrénicos pueden evolucionar de diversas maneras dependiendo del cuadro, de la existencia de apoyo social y de las características de cada sujeto. Los tipos de evolución pueden ser continua, episódica, remisión completa o incompleta, evolución indeterminada, otros tipos de evolución (OMS, 1992).

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

Investigaciones sobre las implicancias neurobiológicas de la esquizofrenia han hecho posible instaurar teorías respecto a este trastorno; si bien aún no es posible asegurar la etiología de la enfermedad, se han establecido diversas hipótesis neurobiológicas, no como único agente causal, ya que el ambiente adquiere también un papel importante. La hipótesis dopaminérgica sostiene que los síntomas de la esquizofrenia podrían estar asociados a un exceso de dopamina; o bien, a una elevada sensibilidad a este neurotransmisor. Esta hipótesis se funda en el descubrimiento de que los fármacos antipsicóticos eficaces en la esquizofrenia resultaban antagonistas de los receptores dopaminérgicos. A esto se añaden las observaciones de los agentes liberadores de dopamina que podrían provocar sintomatología psicótica. Por otro lado, la hipótesis glutamatérgica, la cual postula que la implicancia de la mediación del glutamato en la esquizofrenia, encuentra su sustento en la neurotoxicidad provocada por este neurotransmisor y su interacción con la dopamina. Este neurotransmisor excitatorio es capaz de actuar sobre cualquier neurona, y existen vías glutamatérgicas específicas relevantes en la fisiopatogenia de la esquizofrenia. La hipótesis serotoninérgica considera un papel fundamental de la serotonina en el neurodesarrollo, su interacción con el sistema dopaminérgico y los efectos de este neurotransmisor en la corteza prefrontal. Según estudios actuales se considera un aumento del tono serotoninérgico en pacientes esquizofrénicos. A su vez, también se considera que los síntomas negativos de la esquizofrenia estarían asociados a una hipofunción dopaminérgica. En la actualidad la esquizofrenia se plantea como una enfermedad del neurodesarrollo. La teoría del neurodesarrollo sostiene que un número de esquizofrénicos desarrollarían la patología debido a una alteración de origen genético, ambiental o ambos ocurrida durante el proceso del desarrollo neurológico, postulando así la existencia de una predisposición genética a la que se agregan diversos factores ambientales tempranos que sensibilizarían la aparición de lo que hoy se conoce como episodio psicótico (Saiz Ruiz, Vega Sánchez & Sánchez Páez, 2010).

Diversas concepciones biológicas han postulado estudios acerca de la relación existente entre genética y esquizofrenia, estableciendo que la incidencia de la patología aumenta cuanto más estrecha es la existencia de consanguinidad. Sin embargo, estos datos no fueron suficientes para establecer un modelo genético como principal responsable de la

enfermedad, proponiéndose como explicación a esta contradicción, que aquellas personas que tienen un familiar con esquizofrenia manifiesta, mantienen siempre la vulnerabilidad a desarrollar dicha enfermedad la cual podrá tener inicio de acuerdo a las experiencias ambientales estresantes a las que el sujeto vulnerable sea expuesto, siendo los factores biopsicosocial los principales aspectos a tener en cuenta al momento de realizar un diagnóstico sobre esquizofrenia (Salvatierra, 2003).

Cabe destacar que aún pese a la falta de explicación acerca de la etiología sobre la esquizofrenia, diversas investigaciones sostienen que si bien estas teorías no son suficientes para establecer la causa de la patología, otorgan a los factores riesgo/ambientales, como por ejemplo la estación del nacimiento, infecciones durante el embarazo, complicaciones perinatales, interacción y estrés psicosocial, entre otras, un papel importante (Saiz Ruiz et al., 2010).

Es así que la esquizofrenia se presenta como un desafío, por su alta incidencia, su cronicidad, severidad y las consecuencias sociales, familiares, económicas que conlleva y el alto grado de estigmatización, debido a la relación que la misma posee con la representación social de enfermedad mental. A su vez afecta al paciente en la etapa más productiva de su vida, apareciendo los primeros síntomas entre los 16 años y 24 años aproximadamente, perjudicando significativamente el funcionamiento del individuo padeciente, sus pensamientos, la afectividad, la conducta y la percepción, provocando un importante deterioro de la interacción social como también invalidando así a la familia cuidadora de por vida (Urizar & Giraldes, 2008).

Por lo expuesto es importante tener en cuenta que las personas con esquizofrenia presentan alteración para responder a las demandas de la vida social, déficit de las funciones ejecutivas, comportamiento antisocial, dificultad para manejar problemas y superar dificultades de la vida diaria, imposibilitando de esta manera que el paciente logre cierta autonomía y desarrollo personal. Cuando esto es percibido por el paciente esquizofrénico, genera en el mismo un impacto negativo en la autoestima y se convierte en una de las principales causas de su sufrimiento, al verse incapaz de responder a la demanda social, viviendo tal situación con un alto costo psicológico que agrava aún más su enfermedad y favorece la acentuación de síntomas negativos. Por el contrario cuando

dichos pacientes cuentan con apoyo social y psicológico, los mismos pueden desarrollar una vida activa y plena, cobrando así estos dos componentes un rol fundamental en la vida de los pacientes (Montaño & Mayorga, 2013).

3.2 Conciencia de enfermedad

Se define conciencia como el conocimiento que un ser tiene de sí mismo y de su entorno. Mientras que la introspección es el conocimiento que el sujeto tiene de sus propios estados mentales, es la capacidad para reconocer la propia enfermedad, y atribuir determinados síntomas a la misma, pudiendo detectar las consecuencias sociales que ésta acarrea y reconociendo la eficacia y necesidad del tratamiento sobre ella. Tales procesos, en poblaciones con esquizofrenia, son complejos. Debido a la visión negativa que la sociedad tiene sobre la enfermedad, es un dolor muy grande poder admitirse como esquizofrénico, ya que esto implicaría sentirse rechazado, desalojados de la sociedad a la que pertenecen, siendo este sentimiento la principal causa de sufrimiento de estos pacientes, quienes se sienten incompetentes a las demandas sociales, generando dicha situación un alto grado de estrés. En ocasiones puede existir la posibilidad de búsqueda de realización personal, la cual se halla vinculada con la cuestión laboral, con la capacidad de ser productivo, de desarrollar una vida social, como los sujetos aceptados socialmente, pero ya sea por los síntomas presentes o por el estigma social, la posibilidad de conseguir trabajo, una pareja, una vida social es una dificultad presente para personas con esquizofrenia. Sin poder desempeñar una actividad ocupacional, estas personas experimentan emociones negativas y sentimientos de inferioridad. Mantenerse sintomático también suele ser una manera de huir de la realidad. La negación es un mecanismo de defensa común de estas enfermedades. Los propios familiares a menudo sienten vergüenza y culpa, lo que puede estimular actitudes de negación, aislamiento social, laboral e incluso problemas familiares. La falta o déficit de insight o de conciencia de enfermedad es uno de los síntomas fundamentales a tratar en pacientes con enfermedades mentales, donde la continuidad y adherencia al tratamiento es fundamental y se ve afectada (Moreno, 2011).

Tal es así que dicha falta o déficit de conciencia de enfermedad es uno de los principales problemas que presenta este trastorno ya que los pacientes al no reconocer su enfermedad o sus síntomas, consideran innecesario la realización de un tratamiento

psicofarmacológico, lo que dificulta la realización de un tratamiento prolongado y constante, siendo una consecuencia el abandono del mismo, la consecuente recaída y necesidad de reinternación, aumento de síntomas psicóticos y dificultades sociales e interpersonales (Martínez, Moreno & Soriano, 2004).

Esto puede observarse en diversos estudios realizados acerca de la falta de conciencia de enfermedad, donde se establece que la misma es una condición frecuente entre las personas con esquizofrenia, ya que un alto porcentaje de estos pacientes cursan la enfermedad con deterioro cognitivo altamente incapacitante, siendo esto un impedimento habitual a la hora de poder establecer un tratamiento adecuado dado que los pacientes no son capaces de comprender y/o entender la situación que los atraviesa, garantizando de esta manera una mala adherencia al tratamiento. Por lo que distintos especialistas sugieren que la misma puede ser tratada mediante la administración de psicofármacos específicos mejorando significativamente el déficit de conciencia, pero al estar ésta estrechamente relacionada con la falta de adherencia y respuesta al tratamiento, es necesario realizar otro tipo de intervención que tenga como resultado mejorar la adherencia terapéutica. Encontrándose, así como medio eficaz la utilización de mecanismos psicoeducativos que tiene como fin último que el paciente comience a reconocer que algo de lo que le ocurre no está bien. En este tipo de intervenciones se suele utilizar distintos elementos que apoyen los cambios que el paciente va percibiendo en su devenir y se va reforzando la importancia de realización de un tratamiento para aquellos síntomas que el paciente experimenta y reconoce como tales. Es así que la implementación de Terapia Cognitivo Conductual en el ámbito de la esquizofrenia ha demostrado excelentes resultados, partiendo de la importancia de establecer una relación entre paciente-terapeuta donde lo que prima es la colaboración y confianza mutua, y no la confrontación con la realidad de forma directa, la cual no favorece a la adherencia terapéutica, posibilitando de esta manera realizar intervenciones a través de las cuales se hace posible brindar al paciente alternativas y/o hipótesis acerca de las vivencias que el mismo manifiesta. El terapeuta facilita al paciente diversas técnicas de evitación, entre otras, para aquellas situaciones estresantes, e intenta brindarle herramientas para que éste las utilice y poder así sostener los cambios logrados, reforzando y manteniendo un tratamiento acorde a cada individuo (Martínez et al., 2004).

De acuerdo con lo anteriormente expuesto es que la familia adquiere gran importancia en la vida de los pacientes esquizofrénicos. Es por ello que es fundamental brindar apoyo, como también toda la información posible acerca de la patología, sus consecuencias, tratamientos posibles, aclarar dudas y concepciones erróneas sobre la enfermedad como así también brindar acompañamiento, no solo al paciente, sino también a todos los miembros de la familia conviviente, dado que son considerados un pilar indispensable en la vida de estos, quienes generalmente tienen una dependencia absoluta y en su gran mayoría se trata de sujetos que por su propia patología y consiguiente deterioro cognitivo no presentan conciencia de enfermedad ni de realidad, como así tampoco de adherencia al tratamiento (Gasca, Martínez, López & Ruiz 1997).

3.3 Apoyo social

Como se ha considerado anteriormente, la esquizofrenia es una patología multicausal que afecta los diferentes niveles de funcionamiento del individuo y de sus familiares. La sintomatología propia de este cuadro, muchas veces tiene incidencia en las relaciones interpersonales del sujeto y, en consecuencia, requieren de un particular modo de relación. Esta patología es una enfermedad que tratada farmacológicamente y con apoyo psicosocial ha demostrado resultados eficaces, entendiéndose por apoyo social al intercambio que ocurre entre personas o grupo de personas, donde los mismos influyen en el grado de satisfacción de necesidades de las mismas, incluyendo aspectos emocionales, estructurales, funcionales, entre otros, y que tiene como objetivo mejorar y reducir las consecuencias desfavorables que genera sobre la salud de aquel sujeto que se enfrenta a una situación estresante, como lo es en el caso de una enfermedad. Por otro lado se define redes de apoyo social, sean estas formales, donde las interacciones ocurren entre familiares y amigos mediante conductas de demostración de afectos, escucha, contención, demostración de interés y ocupación, facilitación de objetos y necesidades materiales y/o económicas, cuidado y asistencia hacia quien lo necesita, etc., e informales, las cuales se dan por medio de organizaciones, centros sociales, centro de salud, centros educativos, etc. Ambas formas de interacción social, formales e informales, son necesarias e importante ante distintas situaciones sean éstas críticas o no, por lo que la ausencia o déficit de apoyo social aumenta

la posibilidad de enfermar, provocando en el individuo consecuencias desfavorables tanto en su ámbito familiar, social y/o laboral (Aranda & Pando, 2013).

Pese a ello, los avances de la medicina aportan continuamente nuevos resultados de investigaciones llevadas a cabo sobre la enfermedad. A partir de los cuales, se establece la importancia de considerar al sujeto enfermo como un sujeto biopsicosocial. De esta manera toma gran importancia el apoyo social para estos pacientes, quienes de contar con dicho soporte podrían desarrollar una vida plena y activa, mejorando el funcionamiento social del paciente y reduciendo el estrés de sus familiares. Las redes sociales son analizadas en el ámbito de la esquizofrenia en tanto que, si la red es continente, es menor la reinternación en pacientes que habrían estado hospitalizados (Montaño, Nieto & Mayorga, 2013).

Por lo anterior dicho, se desprende la conclusión de que la esquizofrenia tiene un impacto en la familia, quienes viven con un miembro con una enfermedad crónica o severa constantemente se ajustan y adaptan a la enfermedad o a los cambios en la situación familiar. Una enfermedad crónica, como la esquizofrenia, puede dar lugar a un incremento en el malestar emocional y físico de la familia y un funcionamiento familiar deteriorado. La enfermedad mental severa afecta a todos los aspectos del funcionamiento familiar, encontrándose alterado tanto los roles como las relaciones familiares. Estas alteraciones abarcan finanzas, empleo, vida social, salud física, relaciones maritales y familiares, y actividades de la vida diaria, debido a que generalmente los padres deben postergar o dejar de lado varios aspectos personales para dedicarse al cuidado exclusivo del enfermo, donde muchas veces es la madre quien deja de trabajar, generando esto no solo una reducción de los ingresos económicos y sus consiguientes consecuencias, sino que también aumenta la carga emocional y fuente de estrés, donde los padres se sienten muchas veces desbastados por la situación dedicándose al enfermo por tiempo completo (Gasca et al., 1997).

Es por ello que se considera de gran importancia la psicoeducación de familiares de pacientes esquizofrénicos. Diversos autores concluyen que dicha intervención implicaría grandes beneficios tanto para pacientes como para familiares, donde se ha visto que aquellos individuos que reciben información correcta sobre la patología y necesidad de apoyo profesional obtendrían mejores resultados psicosociales, proporcionándoles

información sobre detección de síntomas, diferentes maneras de afrontamiento y abordaje, entre otros, asociándose esto a un menor número de probabilidad de recaída y de necesidad de reinternación de los pacientes, comparados con aquellos sujetos que no reciben psicoeducación. Se establece de esta manera la importancia y necesidad de realizar esta intervención para favorecer y mejorar la vida e inserción social de los pacientes y sus cuidadores (Cassidy, Hill & O'Callaghan, 2002).

Estudios realizados por García Bóveda, Vázquez Morejón y Vázquez Morejón Jiménez (2007), han estudiado como impacta el apoyo social sobre la población de esquizofrénicos, estableciendo una relación significativa con la presencia de habilidades sociales, demostrando que aquellos sujetos con más habilidades sociales son los que presentan un mayor número de miembros en su red social de apoyo con quienes mantienen contacto frecuente y perciben de los mismos mayor apoyo psicológico en todos los aspectos de la vida diaria, ya sea frente a las crisis o fuera de estas. Las posibilidades de ampliar las habilidades sociales de los sujetos esquizofrénicos están estrechamente ligadas a las redes de apoyo social las cuales a su vez, por medio de la interacción y respuesta de las mismas otorgan posibilidad de desarrollar un aumento de habilidades lo que garantiza una mejora en el funcionamiento del enfermo y su inserción social, adquiriendo de esta manera las habilidades sociales un importante aspecto a considerar (García Bóveda, et al., 2007).

3.4 Situación social en esquizofrenia

La esquizofrenia por tratarse de una enfermedad crónica, requiere tratamiento psicofarmacológico prolongado orientado al control de signo-sintomatología, el cual presenta escasa adhesión, la que responde a distintos factores, entre los que cabe destacar como principales, la falta de conciencia de enfermedad, la cual lleva a que el paciente generalmente no adhiera al tratamiento ya que no reconoce la enfermedad, la situación económica del paciente y/o familia, y la falta o déficit de una red de apoyo social quien actúa como sostén principal (Andrade & Vaitsman, 2002).

Es por ello que quienes padecen este trastorno sufren un enorme costo económico y social; en particular, un alto grado de estigmatización, siendo la esquizofrenia la condición que más a menudo se identifica con la enfermedad mental, motivo por el cual

la calidad de vida de los pacientes y sus familiares se encuentran altamente alterados. El funcionamiento familiar es definido como el resultado de los esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar, y es un importante concepto que ayuda a la comprensión de los esfuerzos para manejar las situaciones creadas por las enfermedades mentales severas (Urizar & Giraldes, 2006).

Por otro lado, se entiende por situación económica a la capacidad de los individuos de obtener los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de una población o grupo, permitiendo así poder desarrollar determinada calidad de vida la cual ha sido considerada un concepto unificado para evaluar el impacto de la enfermedad en el diario vivir de las personas que padecen esquizofrenia y su familia conviviente (Urizar & Giraldez, 2008).

Diversos estudios demuestran que la esquizofrenia es la enfermedad evaluada más negativamente. Considerando el enorme desconocimiento que existe respecto a la misma, se ha demostrado que la evaluación que muchos sujetos hacen sobre la enfermedad se basa en nociones vagas asociadas a las representaciones o imágenes sociales que asocian en su gran mayoría erróneamente a la enfermedad y no con un conocimiento ni siquiera aproximado de la misma. Algunas de las concepciones que las personas tienen sobre personas esquizofrénicas es que estos son peligros, violentos, que presentan problemas en las relaciones sociales, que no son capaces de desarrollar tareas productivas, que son inestables, que pueden sufrir crisis de repente, etc. (Chuaqui, 2005).

Así mismo al igual que la sociedad, la familia directa de estos pacientes también suelen hacer una valoración errónea de los mismos, ya que diversos estudios han demostrado contradicción en cuanto a las potencialidades reales de pacientes esquizofrénicos comparados con la valoración que realizan sus familiares. Esto se debe a que son valorados tomando como parámetro al paciente en períodos de crisis psicótica y no por la conducta de este cuando está estable y compensado, bloqueando la posibilidad de realizar una valoración objetiva ya que el proceso de valorar las potencialidades del paciente está cargado de un alto grado de emotividad. De esta manera la familia pasa a ser también una fuente estigmatizante al igual que lo es la sociedad (Chuaqui, 2005).

Como ya fue señalado, la presencia de un miembro con esquizofrenia provoca graves problemas en la familia, contribuyendo así a la discriminación de este por la misma, quien la transmite por medio de vínculos de comunicación afectiva a parientes y personas cercanas. De esta manera se genera un circuito autopropagante en el cual el estigma sobre la enfermedad se afirma cada vez más, quedando muchas veces el paciente atrapado bajo ciertos rótulos que no solo no siempre se corresponden con su realidad, sino que los mismos lo condenan a llevar una vida con pocas posibilidades de mejora (Chuaqui, 2005).

3.5 Tratamientos

En la actualidad los tratamientos psicofarmacológicos sobre esquizofrenia están orientados en ir más allá de la remisión del trastorno, enfocándose en mejorar la percepción del paciente sobre su enfermedad con el fin de lograr o mejorar su inserción social, dentro de las medidas de los posibles, tomando al sujeto padeciente como protagonista. Los tratamientos actuales proponen como objetivos generales reducir la frecuencia, la gravedad y las consecuencias psicosociales de los episodios de descompensación psicótica, con el fin de reorientar la vida del paciente y dejar de hacer foco solo en luchar contra los síntomas. En general se trata de tratamientos orientados al fortalecimiento de capacidades que le aporten al paciente las herramientas necesarias para alcanzar su máximo potencial adaptativo y aumentar su autonomía, disminuyendo también los agentes estresores del entorno en el que se desenvuelve (Montaño et al., 2013).

Se han reconocido diferentes niveles de intervención en pacientes esquizofrénicos, entre los cuales se destacan el tratamiento farmacológico, la psicoterapia (siendo el modelo más efectivo la terapia cognitivo conductual), la terapia familiar (la cual busca integrar a la familia al proceso terapéutico del paciente, brindar información y despejar dudas respecto a la etiología, el curso y tratamiento posible del cuadro, promover la prevención de situaciones estresantes para el paciente y sus familiares, mejorar la comunicación familiar y brindar herramientas para solucionar conflictos posibles), el desarrollo de redes sociales (cuyo propósito es mejorar la capacidad de relacionarse con sus pares, así como también el sostenimiento de las relaciones ya existentes). A ello se suma la posibilidad de brindar a la familia y al paciente herramientas para mejorar su situación actual y evitar conductas de aislamiento; y psicoeducación donde este tipo de

intervenciones permiten al profesional aportar al paciente y sus redes, técnicas y estrategias para identificar síntomas y actuar preventivamente para evitar recaídas o conductas de riesgo (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

3.5.1 Tratamientos farmacológicos

Con el surgimiento de los antipsicóticos y su posterior evaluación, se reconoce a los mismos como revolucionarios en el tratamiento de la esquizofrenia, estableciendo como consenso que su implementación en dicho tratamiento y la adherencia al mismo es de vital importancia para mejorar el pronóstico de pacientes esquizofrénicos. Al mismo tiempo se establece como sus principales objetivos: el control de los síntomas, la reducción de la frecuencia y gravedad de los episodios psicóticos, mejoramiento de la calidad de vida y facilitación de la integración socio-laboral y familiar del paciente esquizofrénico. En la actualidad existen dos tipos de antipsicóticos: los típicos o los de primera generación, los cuales son eficaces sobre los síntomas positivos, pero generan mayor cantidad de efectos adversos y no actúan sobre síntomas negativos y los antipsicóticos atípicos o de segunda generación, los cuales han demostrado eficacia sobre síntomas negativos provocando menor consecuencias adversas que los primeros (Pérez Escudero, Gil Molina, Pina Camacho & García Cabeza, 2010).

A esto se añade, que a pesar de las investigaciones que se llevan a cabo, aún continúan sin revelarse los mecanismos farmacológicos que subyacen bajo las propiedades terapéuticas. Debido a las limitaciones de estos fármacos para actuar sobre la totalidad de las dimensiones de la enfermedad (como efectos negativos, déficit cognitivos y problemas en habilidades sociales) se hizo necesario la incorporación de fármacos que puedan usarse como adyuvantes junto con los antipsicóticos con el objetivo de potenciar el efecto de los antipsicóticos como así también hacer frente a los efectos residuales y/o comorbilidades de la esquizofrenia, como por ejemplo el uso de las benzodiazepinas, antidepresivos, anticonvulsivantes, litio, betabloqueantes y agonistas dopaminérgicos. No obstante, no puede negarse que a pesar de que todos los tratamientos farmacológicos existentes presentan limitaciones en cuanto a su eficacia y son generadores de variados efectos adversos indeseables, es un hecho demostrado que los antipsicóticos pueden mejorar los

síntomas psicóticos de la esquizofrenia y contribuyen a la prevención de las recidivas (Tajima, Fernández, López Ibor Carrasco & Díaz Marsá, 2009).

Es por ello que existen diferentes guías de tratamiento farmacológico para pacientes esquizofrénicos basados en la elección de toma de decisiones de antipsicóticos en esquizofrenia, cuya estructuración está orientada en la elección y dosis recomendada de aplicación del antipsicóticos, el tiempo a esperar para realizar un cambio en la administración del fármaco en caso de resistencia. Estos protocolos de tratamiento, deben comprenderse como recomendaciones que se dan en un marco de referencia, y no se trata de pautas rígidas a implementar, ya que su aplicación debe ajustarse a las particularidades de cada caso, manteniendo la línea central de la guía propuesta. Los profesionales deben mantenerse informados sobre las actualizaciones vigentes en cuanto a las guías de tratamiento farmacológico y estar atentos a sus formas de aplicación (Heimann Navarra, 2015).

Como se mencionó, la planificación de tratamiento de un abordaje farmacológico para esquizofrenia, tiene como primera elección el uso de antipsicóticos. La elección de dichos fármacos dependerá de la evaluación médica, del tipo de síntomas presentes, de la fase de la enfermedad, del número de episodios, entre otros aspectos a considerar. Estos fármacos pueden clasificarse en:

- Típicos: Amisuprida, Haloperidol, Levomepromacina, Tioridacina, Clorpromazina, etc.
- Atípicos: Olanzapina, Clozapina, Quetiapina, Risperidona, Ziprasidona, Sertindol y Zotepina.

Los mencionados fármacos, han demostrado eficacia en eliminar la sintomatología psicótica más visible, como ser las alucinaciones y delirios. Además de esto, se utilizan principalmente los antipsicóticos atípicos debido a que tienen mayor respuesta ante los síntomas negativos, afectando de menor manera al deterioro cognitivo y un menor grado de efectos extrapiramidales (Heimann Navarra, 2015).

No obstante no puede dejar de reconocerse que muchos pacientes esquizofrénicos que reciben un plan de tratamiento no mejoran dentro de los límites esperables, siendo la principal causa la falta de adherencia al tratamiento, la cual está caracterizada por diversos factores como por ejemplo: los efectos adversos de los fármacos, falta de eficacia, falta de soporte familiar y social, estigmatización, falla en la alianza terapéutica, escasa comprensión de los objetivos del paciente, ausencia de conciencia de enfermedad, entre otros. Para ello se cuenta con distintas estrategias de abordaje que permiten mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, posicionándose así como las más significativas a la disminución de efectos adversos, la facilitación de la toma de medicamentos, la toma de conciencia de enfermedad y su consecuente necesidad de realización de tratamiento, establecer una buena alianza terapéutica, entre otras. Estas son cuestiones que los profesionales deben evaluar a la hora de indicar un tratamiento farmacológico no debiendo circunscribirse solo a la indicación de fármacos y control de síntomas realizando las intervenciones y/o derivaciones correspondientes para mejorar a la calidad de vida de los pacientes (Pérez Escudero et al., 2010).

3.5.2 Tratamientos psicoterapéuticos

Actualmente la aplicación de tratamiento psicológico en esquizofrenia ha cobrado un importante valor, basándose en el modelo de vulnerabilidad-estrés el cual permite evidenciar cómo interactúan estos dos factores produciendo como resultado de dicha interacción, la psicopatología y las incapacidades propias de la esquizofrenia. Los tratamientos psicológicos efectivos además de brindar resultados a largo plazo, pretenden numerosos objetivos, destacándose como principales la disminución de la vulnerabilidad del paciente, reducir las consecuencias generadas por las situaciones y eventos estresantes, minimizar los síntomas, alcanzar el máximo posibles de conciencia de situación y/o enfermedad para poder así lograr adherencia al tratamiento y reducir de esta manera el número de recaídas y/o reinternaciones, brindar apoyo y acompañamiento al paciente y su grupo de sostén, etc. (Montaño et al., 2013).

Distintos autores coinciden en que los tratamientos más eficaces proponen la importancia de realizar psicoeducación familiar, donde se brinda a la familia información acerca de la enfermedad, se facilita herramientas para enfrentar las dificultades que

presenta el trastorno para poder así mejorar la calidad de vida familiar, este tipo de intervención toma en cuenta el ambiente que rodea al paciente, también es importante realizar entrenamiento en habilidades sociales, mediante los cuales se pretende estimular las habilidades perceptuales, motoras e interpersonales e intervenciones con lineamiento cognitivo conductual, donde se busca entre otros objetivos que el paciente adquiera nuevos aprendizajes que fomenten pensamientos y habilidades más adaptativas (Montaño et al., 2013).

Los avances en investigación sobre la incorporación de las intervenciones familiares al tratamiento farmacológico en esquizofrenia, han probado ser eficaces en la mejoría de la carga y de la emoción expresada por parte de los familiares; en la reducción de la sintomatología clínica, las recaídas y reinternaciones de los pacientes. Además, la eficacia de dicha intervención se ha demostrado en distintas realidades culturales (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

No hay duda de que las relaciones interpersonales son el elemento principal para lograr un adecuado desempeño e inserción social, dichas relaciones son un factor determinante para la integración social y su adaptación a largo plazo. Para tal motivo los sujetos deben poseer capacidades cognitivas, conductuales y emocionales que permiten y facilitan la convivencia. La esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de déficit en el funcionamiento social e interpersonal, entre otros síntomas, y es por tal motivo que el entrenamiento en habilidades sociales, entendidas éstas como conductas o destrezas cognitivo-perceptivas que posibilitan un adecuado funcionamiento interpersonal ha cobrado como intervención, gran importancia para los enfermos esquizofrénicos, en los que se busca potenciar sus recursos de afrontamiento y también los de sus redes de apoyo (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

3.6 Motivos de internación

En la actualidad, dentro del marco legal que provee la Ley de Salud Mental N° 26.657 de la Argentina, se considera a las internaciones como el último recurso para el abordaje de las patologías psiquiátricas. La internación debe ser considerada por un equipo interdisciplinario compuesto por diferentes profesionales de la salud como ser: un médico

psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social, etc. y quienes deben contar en su poder con un consentimiento informado firmado por el paciente.

Según la Ley 26.657 existen dos tipos de internación posibles. Por un lado, las internaciones voluntarias, en las cuales con el consentimiento del paciente se realiza la internación con fines terapéuticos, internación que se decidirá a partir del criterio profesional de un médico y un psicólogo; el paciente proporcionará su consentimiento informado y se dará al equipo tratante un plazo de 60 días para informar a la justicia sobre la internación. Por otro lado, las internaciones involuntarias se fundamentarán en la existencia de un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros; y se llevarán a cabo en caso de ausencia de alternativas terapéuticas, y serán acompañadas de un informe de instancias previas y un dictamen profesional del equipo de salud. Se supone un corto plazo para informar a la justicia sobre el carácter de la internación, y el paciente podrá contar con un letrado otorgado por la defensoría.

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

Las razones por las que los pacientes esquizofrénicos requieren ser reinternados pueden ser variables, y dependerá de la situación al momento de la evaluación, manifestándose como la más significativa la presencia de recaídas, la cual se define como un retorno de la enfermedad luego de que la misma había alcanzado una remisión total o parcial. La recaída puede ser evaluada de acuerdo a niveles, conductuales, fenomenológicos y/o sintomáticos, debiendo estar presentes los síntomas característicos de la enfermedad para ser considerada como tal. El desenlace de ésta situación genera tanto para el paciente como para el cuidador, un desafío y la necesidad de puesta en marcha de una reorganización para enfrentar los hechos que la desencadenan pudiendo así ser detectados y evitar futuras recaídas, con el fin de alcanzar un equilibrio estable que tanto el paciente como el cuidador sean capaces de sostener en el tiempo, por lo que el apoyo del cuidador es esencial para la estabilidad de la persona con esquizofrenia, ya que es quien puede contribuir a prevenir las posibles crisis psicóticas y puede ayudar a mejorar el nivel de funcionamiento global y su adherencia terapéutica (Rascón, Valencia, Domínguez, Alcántara & Casanova, 2014).

Diversas investigaciones han establecido que las recaídas se observan en mayor número en pacientes que sólo reciben tratamiento farmacológico si se los compara con aquellos que recibieron tratamiento farmacológico más tratamiento psicoeducativo y psicosocial, donde la familia también se encuentra involucrada. Esto demuestra que la ausencia de estos últimos factores podrían ser algunas de las causas de recaída en la esquizofrenia, así como también lo es el consumo de sustancias adictivas, el mal manejo, suspensión o discontinuidad en la toma de medicamentos, demostrándose así que más del 60% de los pacientes que cumplen con estas falencias experimentan una recaída en el transcurso de un año (Rascón et al, 2004).

Distintos autores también señalan como principal componente de recaídas la exposición continua de pacientes esquizofrénicos a ambientes estresantes, (como puede ser el retorno al hogar luego de la internación), cuando los mismos presentan un alto índice de lo que denominan emoción expresada, la cual es un estilo de comunicación familiar que prevalece en ambientes hostiles o con una sobre implicación emocional, si bien no es generadora de la enfermedad, se concluye que la misma sí influye en el curso de la misma (Muela & Godoy, 2001).

Cabe señalar que son numerosos los autores y las causas que los mismos exponen sobre los factores que disponen al aumento de recaídas en pacientes esquizofrénicos, llegando al consenso donde se establece que las principales causas son:

- la falta de información que ocurre generalmente con la aparición de los primeros síntomas, cuando aún la enfermedad no ha sido diagnosticada, y esto impide abordar la patología prematuramente,
- La falta de información sobre las causas, consecuencia, tratamientos disponibles de la enfermedad tanto al paciente como a la familia y/o cuidador,
- La ausencia de apoyo social y psicoeducación a pacientes y familiares,
- Déficit o ausencia de conciencia sobre la enfermedad, lo que generalmente lleva a un alta de adherencia al tratamiento

- Desinformación acerca de la patología, lo que lleva a información errónea y la consecuente estigmatización sobre pacientes esquizofrénicos.

La presencia de algunas de las características mencionadas genera en el paciente resultados desfavorables para su tratamiento y evolución dando como resultados altos porcentajes de recaídas y necesidad de reinternación (Rascón et al., 2004).

3.7 Admisión hospitalaria

Desde hace más de 10 años y con el surgimiento de la nueva Ley de Salud Mental, se han implementado diversas intervenciones con el fin de instaurar una nueva mirada sobre los enfermos mentales, quienes eran considerados incapaces y peligrosos, lo que facilitó durante décadas que las internaciones en hospitales psiquiátricos fueran de manera prolongada, generando de esta manera encierro y segregación social. La ley de salud mental vigente, tiene como eje central la integración social de los enfermos mentales y el abandono de una mirada estigmatizante. El Ministerio Público Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires, tiene como objetivo principal en el campo de la salud mental, la aplicación correcta de la ley, la legalidad de los procedimientos y el respeto, la protección y la satisfacción de los derechos y garantía de todas aquellas personas afectadas en su salud mental. Este ministerio lleva a cabo distintas intervenciones orientadas a exigir una adecuada intervención del Gobierno local, mediante políticas públicas acordes, con el fin de garantizar y satisfacer los derechos sociales de niños/as adolescentes y personas afectadas en salud mental, como lo es el derecho a la atención médica y la real necesidad de internación (Ministerio Público Tutelar, 2014).

La admisión hospitalaria hace referencia al proceso que se produce luego de que el paciente ingresa a la institución hospitalaria, ya sea por guardia de emergencias, por derivación o por otros medios. En la admisión se lleva a cabo un trabajo interdisciplinario, con el fin de realizar la planificación de un abordaje del cuadro agudo, la propuesta de las estrategias terapéuticas a seguir, y la posibilidad de evolución y tratamiento posterior al abordaje del cuadro. Dicho proceso incluye la evaluación y diagnóstico del cuadro en curso, acompañado de la realización de exámenes complementarios que permitan obtener

mayor información que resulte relevante para realizar un abordaje más abarcativo y lo más preciso posible, como puede ser por ejemplo exámenes de laboratorio, técnicas o herramientas de exploración neuropsicológicas, etc., y de ser posible, la obtención de historia clínica si existiera. (Hospital Municipal José T. Borda, S/F).

Durante la admisión se llevan a cabo los trámites institucionales y legales para la internación o derivación del paciente, por lo cual se trabaja en conjunto con profesionales no solo de la salud como ser médicos, psicólogos y enfermeros, sino también de otras áreas, tales como abogados quienes se ocupan de distintas tareas como por ejemplo de que se respeten los derechos del enfermo, que se cumplan con los plazos legales de internación, etc., trabajadores sociales, realizando tareas como búsqueda de familiares, trámites relacionados con pensiones, certificados de discapacidad, etc. (Hospital Municipal José T. Borda, S/F)

El proceso de admisión resulta clave en el tratamiento del paciente, ya que es donde se construye un primer diagnóstico presuntivo, se aborda su cuadro agudo buscando en primer lugar la estabilización del paciente, y se planifica el tratamiento posterior de la patología, ya sea en otros sectores del mismo hospital o en otros dispositivos de salud (Hospital Municipal José T. Borda, S/F).

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

El presente trabajo es de tipo descriptivo, teniendo como objeto de análisis cualitativo tres casos clínicos, con un abordaje profesional.

4.2 Participantes

La muestra estuvo conformada por tres pacientes masculinos solteros, cuyas edades oscilan entre 28 y 42 años, pertenecientes a la clase socioeconómica baja, encontrándose los mismos desempleados o realizando alguna labor no remunerada. La escolaridad alcanzada por los participantes es primaria completa. Los pacientes concurren al Servicio de

Admisión del Hospital elegido. La selección se realizó en base a los pacientes esquizofrénicos admitidos por el servicio.

4.3 Instrumentos

Las fuentes fueron primarias, con información obtenida directamente de la observación participante de la tesista. Se tomó en cuenta el aporte realizado de los profesionales del servicio de admisión, quienes facilitaron el acceso al uso de las historias clínicas de los participantes, en donde se hallaban registrados todo lo referente a los antecedentes de la enfermedad actual. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a dichos pacientes y sus familiares, donde se utilizó preguntas de tipo semidirigidas sobre distintas temáticas de interés, pudiendo los entrevistados expresar sus opiniones sobre motivos de internaciones previas, situación social actual, su opinión respecto al tratamiento, etc.

4.4 Procedimiento

Mediante la observación participante y las entrevistas realizadas a los pacientes y sus familiares se obtuvo la información necesaria para la realización del presente trabajo, el procedimiento del mismo comenzó por la lectura de las historias clínicas de cada paciente previa a la primer entrevista con los mismos, las cuales tuvieron una duración aproximada de 30 minutos, a cargo del equipo tratante, conformado por una Licenciada en psicología, una médica psiquiatra, una asistente social y la tesista. Posterior a la primera entrevista, se continuó asistiendo a los pacientes mediante entrevistas diarias, con el objetivo de planificar el tratamiento, evaluar la evolución y efectuar los ajustes pertinentes del mismo.

Se consideró toda información relevante aportada en las entrevistas, como también la presente en la historia clínica, respecto de estudios y/o tratamientos previos, así como la respuesta a los mismos.

5. DESARROLLO

5.1 Presentación de casos clínicos

El paciente A de 28 años, soltero, de nacionalidad argentina, vive en una pensión en el barrio de Constitución. Finalizó sus estudios primarios abandonando el nivel secundario en primer año. Se encuentra desempleado, recibiendo como único ingreso económico para su subsistencia el correspondiente a la asignación por discapacidad. Ingresó a la institución mediante el servicio de guardia el día 23/5/2018, en compañía de su madre y su hermana con quienes convive, presentando un cuadro de excitación psicomotriz, con presencia de conductas auto y heteroagresivas, alucinaciones sensoperceptivas, auditivas y visuales de tipo místicas, e ideas delirantes, según consta en la historia clínica. El paciente fue diagnosticado con Esquizofrenia hace 4 años (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), realizando tratamiento farmacológico desde entonces en la institución elegida por la tesista, donde a su vez fue internado en distintas oportunidades por descompensación psicótica. Dicha institución provee asistencia médica, social, y farmacológica gratuita.

De acuerdo con el examen de ingreso del paciente A, el equipo de guardia asistente realiza un diagnóstico presuntivo de descompensación psicótica en el marco de un trastorno esquizofrénico. Por lo cual se indicó un examen clínico complementario derivando al paciente al servicio de admisión del hospital, con el fin de realizar una evaluación exhaustiva, una aproximación diagnóstica más elaborada y la planificación de un tratamiento acorde al cuadro (Hospital Municipal José T. Borda, S/F).

Por otra parte, el paciente B de 32 años, soltero, de nacionalidad argentina, nacido en la provincia de Corrientes, quien se encontraba al momento viviendo en situación de calle desde hacía 2 años. Posee estudios secundarios incompletos, desempleado, no contaba con pensión por discapacidad ni ningún tipo de ingresos económicos para su subsistencia, lo que hizo que debiera recurrir a las iglesias en busca de alimentos, ropa y abrigos. Ingresó por guardia del hospital el día 6/6/2018, acompañado de personal policial presentando un cuadro de desorientación temporaespacial, con presencia de alucinaciones auditivas de comando que según refirió el paciente lo insultaban y le decían cosas sobre su

persona, como que era despreciable, que no servía para nada, que nunca iba a ser una persona amada, etc., e ideas delirantes de perjuicio. El paciente fue diagnosticado con esquizofrenia a los 21 años, recibiendo tratamiento farmacológico desde entonces, el cual es ajustado conforme a particularidades del caso tal como propone Heimann Navarra (2015) suministrado por la institución elegida para el presente trabajo. Presentó antecedentes de consumo desde los 14 años, por lo que realizó tratamiento en distintas instituciones infanto juveniles sito en CABA, abandonando los mismos en distintas oportunidades, según datos aportados por la historia clínica.

De acuerdo con el estado de ingreso del paciente, el equipo médico de guardia indicó la realización de exámenes complementarios, bajo el diagnóstico presuntivo de descompensación psicótica, indicando el pase del paciente al servicio de admisión del hospital, con el fin de realizar una evaluación exhaustiva, una aproximación diagnóstica más elaborada y la planificación de un tratamiento acorde al cuadro.

Al momento del ingreso a la institución el paciente lo hizo de manera involuntaria, ya que, en los primeros días, no se mostraba colaborador y solo pedía irse de alta, representando aún un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, sustentado en los antecedentes de conductas auto y/o heteroagresivas, en conjunto con su cuadro de ingreso (Ley 26.657).

En cuanto al paciente C de 42 años, soltero, nacionalidad paraguaya, se hallaba al momento conviviendo con su hermana de 44 años y su cuñado en una quinta donde trabajan como caseros, en la localidad de Escobar. Culminó sus estudios primarios no continuando con el nivel secundario. Realizó distintos talleres para aprender oficios como carpintería, electricidad y jardinería, lo que le permitió ocuparse de las tareas de jardinería en la casa en la que viven. Ingresó por guardia del hospital el día 27/6/2018, en compañía de su hermana y su cuñado, presentando un cuadro de descompensación psicótica. A sus 25 años fue diagnosticado con esquizofrenia realizando desde entonces tratamiento psicofarmacológico con el propósito de reorientar su vida y fortalecer sus capacidades, con el fin de alcanzar su máximo potencial, tal como lo establece Montaña et al. (2013). Asimismo, cuenta con tratamientos precedentes a la internación, tanto en hospitales monovalentes infanto juveniles, como así también en el mismo establecimiento donde cursó

esta internación, las cuales son producto de las recaídas en la evolución de la enfermedad, debido a la reaparición de síntomas luego de un cuadro de remisión total o parcial (Rascón et al., 2014).

Al momento del examen semiológico de ingreso, los profesionales de la guardia del hospital pudieron con cierta dificultad, evaluar al paciente quien se encontraba con un cuadro de excitación psicomotriz lo que hacía dificultosa la entrevista, ya que el paciente no podía mantener una conversación dirigida hacia los profesionales, ni quedarse sentado, lo que hizo que él mismo debiera ser internado para compensar su cuadro y poder realizar una evaluación completa. El paciente al momento del ingreso se lo observó con alteraciones de tipo auditivas, pensamiento y discurso desorganizado elaborando frases incoherentes y de contenido delirante, juicio desviado, presentando una leve conciencia de situación, pero no de enfermedad.

5.2 Indagar en tres pacientes reincidentes, la conciencia que tienen de su enfermedad y la importancia de tratamiento farmacológico para su recuperación.

Según el registro en la historia clínica del paciente A, al momento del examen semiológico de ingreso, los profesionales de la guardia del hospital pudieron evaluar en A, falta de aseo personal; así mismo resultó poco colaborador con la entrevista, se evidenció cierta tendencia hostil, teniendo conciencia de la situación pero no de su enfermedad, mostraba indiferencia a lo ocurrido, su atención estaba alterada, escuchaba voces de comando que le indicaban matar, su pensamiento y el discurso se encontraban desorganizado y enlentecido, con contenido delirante y juicio desviado.

Posteriormente, el paciente ingresó al servicio de admisión el día 24/05/2018, habiendo recibido medicación intramuscular durante su permanencia en el servicio de guardia del hospital, por lo que el paciente se encontrara aletargado por la medicación recibida, sin ganas de hablar con el equipo tratante, y reticente al tratamiento, lo cual generaba gran dificultad para poder evaluar las funciones psíquicas y el estado psiquiátrico del mismo. Conforme al trabajo interdisciplinario que se llevó a cabo en la admisión con el fin de realizar la planificación del abordaje del cuadro agudo presente y las propuestas de las estrategias a seguir (Hospital Municipal José T. Borda, (S/F).

Al momento de la entrevista con la madre, quien relata los episodios violentos que desencadenaron la reinternación actual, la misma agrega que A siempre fue un chico violento, impulsivo, que cuando A estaba involucrado en peleas callejeras o domésticas nunca se hacía responsable de sus actos ni se reconocía como autor, cuando sí lo era. Así mismo hubo episodios violentos entre los 15 y 19 años en los que debió intervenir la policía donde él decía no entender lo que había ocurrido, esto podría vincularse con el concepto de falta de conciencia e introspección (Moreno 2011), entendidas como el no reconocimiento del sí mismo, del entorno, de los propios estados mentales y la incapacidad para reconocer la propia enfermedad. Desde entonces comenzó a asistir a distintas instituciones de salud mental infanto juveniles, donde según dichos de la madre, siempre interrumpía la continuidad de los tratamientos adjudicando a que ella no podía acompañarlo por motivos laborales, comentando que en reiteradas oportunidades ya habría perdido trabajos debido a la necesidad de ausentarse de los mismos para retirar a su hijo ya sea de la escuela o de las comisarias.

En conjunto a esto, se llevan a cabo entrevistas diarias de aproximadamente 30 minutos con el paciente, a los fines de recabar información útil para el tratamiento e indagar sobre los motivos de internación y situación actual. Durante los primeros días, establecer un vínculo entre paciente y profesionales se vio obstaculizado debido a que el paciente se hallaba con pensamiento interceptado, presentándose como un mensajero de Dios, llevando a cabo con el mismo conversaciones durante gran parte de las entrevistas, donde la intervención por parte del equipo tratante no era registrada por el paciente. Con el paso de los días fue siendo posible establecer paulatinamente contacto con A, quien relataba lo que en ese momento dios le comunicaba, haciendo participe al equipo tratante.

A durante la internación en el servicio de admisión, presentó nula conciencia de enfermedad, logró reconocer el sitio donde se hallaba, desconociendo según sus dichos el motivo por los cuales lo habrían llevado al mismo, dejando así, entrever la falta de introspección que el mismo presentaba, como así también, la incapacidad para reconocer la propia enfermedad (Moreno, 2011)

De acuerdo con la información recabada del paciente B mediante la utilización de los instrumentos seleccionados, se evidenció que el paciente presentó nula adherencia al

tratamiento psicoterapéutico y farmacológico indicado, precedentes a la internación dentro del mismo establecimiento actual, consumo de sustancia adictivas desde los 14 años y actos delictivos para el consumo de las mismas, no obstante B presentó conciencia de enfermedad y en ocasiones, de sus síntomas. En internaciones previas siempre se ha escapado de la institución abandonando el tratamiento.

Durante las primeras entrevistas con el equipo tratante del servicio de admisión el paciente manifestaba enojo y cansancio por no poder descansar debido a que habría según sus dichos, personas espiándolo y esperando a que él se durmiera para luego matarlo. Se trabajó sobre el reconocimiento de la institución como un lugar seguro donde nadie le haría daño. Con el paso de los días el paciente fue estableciendo buena relación con el equipo tratante a quien recurría constantemente en busca de atención, posibilitando una buena alianza terapéutica, basada en la confianza y seguridad que el paciente percibía por parte de los mismos, la cual es considerada un elemento fundamental para la puesta en marcha de una buena adherencia terapéutica (Martínez et al., 2004).

A ello se añade que, mediante la administración de psicofármacos específicos, los cuales se proponen significativamente mejorar el déficit de conciencia, el paciente fue mejorando su estado global, también la conciencia de síntomas, llegando a preguntarse si era posible que esas personas que querían matarlo pudieran ser producto de su imaginación, siendo esto una consecuencia de su enfermedad. El paciente comenzó a hablar de la misma y comprendía lo referente a la esquizofrenia, permitiendo de tal manera trabajar inicialmente sobre las diversas cuestiones asociadas a sus alucinaciones, a sus conductas heteroagresivas, y sus consecuencias, con la idea de comenzar a reforzar los avances logrados tal como propone Martínez et al., (2004).

Así mismo B comenzó a percibir una mejoría y cierto alivio, pudiendo según sus dichos descansar mejor. Fue aquí donde el equipo tratante encontró un canal de comunicación para realizar intervenciones sobre la importancia de no abandonar el tratamiento, así como elaborar la posibilidad de continuar su estadía en otro servicio de la institución, generando esto último un cambio en el tipo de internación, donde la misma pasó de ser involuntaria a voluntaria (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

Conforme las tareas pertinentes que debe realizar el servicio de admisión, y transcurridos 23 días de su ingreso al servicio, el paciente se encontraba vigil, tranquilo, colaborador, orientado, sin ideas delirantes ni alteraciones de perjuicio, manteniendo el apetito y el sueño conservados, y recibiendo un plan de medicación de menor intensidad y cantidad que al momento del ingreso, sin evidenciarse la presencia de la sintomatología delirante, impulsividad y de heteroagresión, pudiendo el mismo percibir una leve mejoría, y habiendo construido un diagnóstico, se procedió a planificar el pase a un servicio de internación de corto plazo dentro del mismo hospital, para trabajar un poco más las temáticas de carácter conflictivo, poder culminar el trámite del certificado de discapacidad y posteriormente la posibilidad de inserción dentro de los talleres laborales que la misma institución les provee a los pacientes. (Hospital Municipal José T. Borda, S/F).

Por otra parte, C, debido a su cuadro de excitación psicomotriz fue necesario administrarle medicación intramuscular y proceder a ingresarlo en sala de observación donde fue contenido por sus extremidades, generando esto dificultad para la evaluación psíquica y psiquiátrica a cargo del equipo tratante.

Según refirieron los familiares durante la entrevista con el equipo, el paciente nació por parto natural, sin complicaciones, cursó las enfermedades comunes de la infancia, nunca tuvo convulsiones ni cirugías ni TCE, cursó el colegio primario con dificultades cognitivas hasta completarlo. En dicho momento vivía con su madre, padre y hermana menor. Sus padres fallecieron cuando el paciente tenía 14 años, acto que fue muy doloroso para la familia ya que fue una pérdida repentina producto de un accidente en la vía pública donde ambos fueron investidos por un camión. Según cuenta la hermana, luego de la pérdida de sus padres, C comenzó con comportamientos inhabituales, como ser, aislamiento de sus 2 únicos amigos, actos repetitivos (ordenaba los objetos de manera meticulosa dedicándole mucho tiempo), impulsividad. Ella menciona: "yo creía que era normal su comportamiento debido a la muerte de nuestros padres, fue por eso que en ese momento no le di importancia"; "Fue así que un día al llegar a mi casa encontré todos los muebles rotos y mi hermano estaba sentado en la puerta sin decir una sola palabra, fue ahí cuando llamé a la policía quien realizó el traslado a un centro de salud mental infanto juvenil y desde ese momento comenzó a ser asistido por servicio de salud mental de un hospital zonal".

De acuerdo con la información que se desprende de los instrumentos implementados, el paciente presenta internaciones previas en la institución actual, baja adherencia al tratamiento psicoterapéutico y farmacológico indicado, siendo imprescindible que su hermana sea quien controla y administra la medicación del paciente, no obstante, en ocasiones cuando el mismo solía sentirse mejor se niega a tomar la medicación generando esto un conflicto familiar y la consiguiente reaparición de síntomas y posible recaída del tratamiento.

Cabe destacar, que debido a la ausencia de conciencia de enfermedad que posee C, la familia de éste desarrolla un papel trascendental, dado la dependencia absoluta que adquiere C, para llevar a cabo el tratamiento indicado de forma correcta y su efectiva adherencia al mismo, de acuerdo a lo manifiesto por Gasca et al., (1997) quienes otorgan valor al soporte familiar en la vida de pacientes con las características presentes en C.

Durante su paso por el servicio de admisión, desde el inicio hasta los momentos previos a su alta médica, el paciente permaneció internado de manera involuntaria, ya que el mismo no reconoció los eventos que propiciaron dicha internación.

Conforme lo estipulado en la Ley 26.657 y basados en el criterio de externación del equipo tratante, es que los mismos proponen la realización de un plan farmacológico de tratamiento estándar para cuadros similares al del paciente C. En conjunto a esto, se llevan a cabo entrevistas diarias de aproximadamente 30 minutos con el paciente, a los fines de recabar información útil para el tratamiento e indagar sobre los motivos de su internación y situación actual, aportados desde su perspectiva. De esta manera, se pretende incrementar el nivel del funcionamiento global y su adherencia terapéutica, como así también la reinserción social del paciente (Rascón et al., 2004).

Durante las primeras entrevistas, el paciente continuó con presencia de síntomas característicos de la esquizofrenia, según los propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), relatando tener la mitad de su cuerpo muerto debido a que le han arrancado sus vísceras y que es por eso que se encuentra allí, para poder curarse. Con el paso de los días el paciente fue mejorando lentamente su estado de excitación psicomotriz, aunque mantenía la ausencia de conciencia de enfermedad y sus síntomas,

discurso desorganizado donde continuó hablando de sus vísceras arrancadas entrelazando el mismo con los temas de una guerra en Paraguay, no permitiendo su estado actual, trabajar cuestiones asociadas a sus delirios, como tampoco sobre la importancia de no abandonar el tratamiento y la posibilidad de externación, ya que sus pensamientos aún estaban interceptados por estos temas que le preocupaban.

De acuerdo con la evolución del paciente C y la demanda familiar, el equipo tratante realiza un cambio en el plan farmacológico una vez regularizada su excitación psicomotriz, propone como objetivo suministrar medicación que permita que el paciente logre disminuir la impulsividad, estar más receptivo al contacto social para poder así mejorar las relaciones familiares.

Transcurridos 20 días de su ingreso al servicio de admisión, el paciente se encontraba vigil, tranquilo, colaborador, orientado con presencia de algunas alteraciones sensorio-perceptivas, eutímico, manteniendo el apetito y el sueño conservados, y recibiendo un plan de medicación de menor intensidad y cantidad que al momento del ingreso, leve presencia de la sintomatología delirante, ausencia de síntomas de impulsividad y de heteroagresión, el equipo tratante de acuerdo a la evolución del paciente y al pedido de la familia, decide darle inicialmente permiso de salidas de manera transitoria comenzando por 2 días los cuales fueron incrementándose en forma paulatina, hasta alcanzar el alta con controles semanales, donde deberá asistir para control y retiro de medicación que le provee el hospital.

El paciente C logró seguir las indicaciones y cumplir con los controles semanales, si bien continuó la presencia de pensamiento desorganizado, el mismo no le impedía continuar con sus actividades ni desenvolverse de manera adaptada en la vida familiar. Ha logrado reconocer la necesidad de tomar la medicación de por vida para evitar así recaídas que lo lleven a tener que ser reinternado. Se procedió a darle el alta desde el servicio de admisión y derivación para ser atendido de forma ambulatoria por servicios de psiquiatría y psicoterapia, con la finalidad de reorientar la vida del paciente y de incrementar el fortalecimiento de sus capacidades, aportando de esta manera herramientas necesarias para alcanza su máximo potencial, tal como proponen Montaña et al. (2013).

En los tres pacientes pudo evidenciarse a través de los distintos instrumentos utilizados, diversas justificaciones con respecto a aquellas manifestaciones tempranas de carácter disfuncional, adjudicándoles generalmente a las mismas un hecho desencadenante.

Por todo lo anterior hasta aquí expuesto se tomó como una de las principales cuestiones a considerar durante la observación, a la escasa o nula conciencia de enfermedad de los pacientes y en ocasiones la negación por parte de sus familiares pese a la presencia de síntomas, como así también la falta inicial de reconocimiento de la necesidad de realizar un tratamiento. En los tres casos planteados, durante las entrevistas los pacientes han manifestado no querer tomar medicamentos por los efectos secundarios que los mismos les generan siendo el más mencionado la somnolencia y no estar enfermos como para tener que tomar psicofármacos. Esto se vincula con la esencial necesidad de integración familiar y/o apoyo social al tratamiento de los pacientes. Como ya fue desarrollado en su correspondiente apartado, según Montaña et al. (2013), la falta de conciencia de enfermedad es uno de los principales factores que inciden de manera significativa en las recaídas de los pacientes esquizofrénicos. Cabe remarcar que los pacientes participantes carecían de dicha conciencia, solo el paciente B logró adquirir con el transcurso de los días un reconocimiento de enfermedad, debiendo resultar de vital importancia la constante reafirmación y monitorización de la situación para lograr de esta manera una mejoría en la adherencia terapéutica (Martínez et al., 2004).

5.3 Describir la red de contención y apoyo de tres pacientes esquizofrénicos del hospital y su relación con la reinternación.

En los casos aquí presentados, la búsqueda de información permitió realizar una aproximación sobre el posible funcionamiento de cada sistema familiar y la particular posición que cada paciente tiene en las mismas. Partiendo del examen semiológico llevado a cabo por el servicio de guardia, que en su informe respecto a la cuestión social de los pacientes refirieron que se detectaban problemáticas a nivel vincular, y presencia de sistemas familiares de tipo conflictivo y poco continente, la tesista se propuso realizar una búsqueda lo suficientemente completa como para comprender de qué manera estas situaciones incidían en la reinternación de los pacientes esquizofrénicos.

Como se mencionó en el apartado correspondiente, existe una relación significativa entre la conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento y las redes de apoyo social, las cuales son de vital importancia en pacientes esquizofrénico, ya que dichas redes deberían proveer a los pacientes las herramientas y soportes necesarios para que los mismos se desarrollen de una manera funcional y poder así favorecer a la reinserción social (Montaño et al., 2013).

Ahora bien, según la opinión del equipo tratante, cabe destacar como elemento crucial en los tratamientos de los pacientes esquizofrénicos, que la posición que cada sistema familiar adoptó frente a la enfermedad, fueron los elementos que más desestabilización generaron en dichos pacientes, ya que, durante la evolución de la misma, fueron desarrollando una serie de conductas y actitudes desadaptativas manteniendo un sistema de tipo disfuncional y no continente.

Al momento de requerir información a la madre del paciente A la misma refirió que desde el día 19/5/2018 A presentaba conducta y discurso desorganizado, con algunos eventos de violencia en los cuales arrojaba objetos contundentes refiriendo que el día 23/5/2018 la amenazó de muerte indicando que tenía una orden divina, acto seguido comenzó a golpearla y a romper diferentes objetos de la casa, incluso los mobiliarios, lo que motivó a dejarlo encerrado y que su hija, es decir la hermana del paciente, requiriera presencia policial para solicitar ayuda con un eventual traslado hacia el hospital.

Al indagar sobre la infancia del paciente, aportó que el embarazo de A no fue buscado, siendo el mismo producto de una relación ocasional (al igual que su primera hija), nunca reconoció quien era el padre. A nació por parto natural, sin complicaciones, cursó las enfermedades habituales de la infancia (varicela y anginas) no tuvo cirugías, ni convulsiones ni traumatismos craneoencefálicos. En cuanto a su escolaridad refirió que siempre fue un niño con problemas de conducta, lo que ocasionaba conflictos a la hora de establecer relaciones con sus pares, sus vínculos duraban períodos cortos ya que siempre terminaban en peleas desmedidas, por tales conductas fue desvinculado de distintas instituciones educativas. Agrega que ella al tener que estar ausente todo el día por deber trabajar, siendo único sostén económico no podía estar presente, es así que sus hijos desde muy pequeños debían cuidarse solos mientras la misma trabajaba.

En cuanto a las relaciones interpersonales con sus pares cuenta que A nunca tuvo un grupo de amigos, ni conocidos, ni novia. Con su hermana por momentos se ha llevado bien y por otros no, dice que de pequeño sentía celos de la misma y que cuando estaban los tres en la casa A buscaba todo el tiempo que su madre retara a su hija y pretendía que "solo me quede con él". Agrega que un día al llegar de trabajar, su hija, en ese momento con 12 años, estaba en la calle llorando no queriendo entrar al domicilio ya que A la habría amenazado y golpeado exigiéndole que desaparezca, la reacción de la madre frente a esta situación fue hacer que A le pidiera perdón a su hermana caso contrario el que debía irse era él, a lo que A accedió.

Ahora bien, de acuerdo con la información obtenida, es menester mencionar, la pertenencia de A, a una familia en la que las redes de apoyo social resultaron ser insuficientes, tanto las formales como las informales, por un lado en la madre quien debería brindar todo lo referente a las herramientas que A necesita para poder adaptarse socialmente, no estuvieron, como así tampoco las que debería haber brindado las instituciones educativas, dado que expulsaban a A, en lugar de integrarlo. Cabe destacar que las redes aquí mencionadas, deben proveer relaciones de intercambios que favorezcan a las relaciones interpersonales, propiciando la mejoría y reducción de las consecuencias desfavorables de una enfermedad, tanto en el ámbito familiar, social y/o laboral (Aranda & Pando, 2013). Estas fallas, conforme lo expuesto, dan lugar al aumento de la posibilidad de que el sujeto enferme, provocando así, consecuencias desfavorables en su desarrollo cotidiano y en todos los ámbitos.

Es así que, sumando los datos aportados por la historia clínica, donde figuran reiteradas internaciones, abandono de tratamientos y el conjunto de la información obtenida de las entrevistas con el paciente y su madre, se pudo elaborar diferentes cuadros situacionales posibles, pudiendo los mismos corresponderse con la falta de compromiso de la madre para acercarse a la institución, quien manifiesta estar cansada de internar a su hijo y que el mismo se escape, según sus dichos siente que "nada de lo que haga va a servir para la recuperación de A". Resultando de gran relevancia mencionar la pertenencia de A una familia de tipo disfuncional y no continente, siendo la misma un pilar fundamental para un

paciente con las características de A quien no presentó conciencia de enfermedad ni sobre la necesidad de realizar tratamiento

En cuanto al paciente B, la asistente social del establecimiento mantiene una entrevista con el equipo tratante del paciente B, aportando información sobre el contexto del mismo, quien se encontraba en situación de calle desde hacía 2 años, refirió haberse contactado con la madre de B, primero telefónicamente y luego la misma se habría acercado a la institución con la condición de que su hijo no supiera que ella estaría allí, manifestando no querer saber nada de él. Durante la entrevista llevada a cabo en la institución a cargo de la asistente social, argumentó que B siempre fue un chico problemático, que le robó durante toda su adolescencia para consumir distintas drogas y que ella se habría cansado, luego de varios años de intentar la recuperación del mismo, donde fue víctima de distintas situaciones de violencia, incluso la última vez que vivió con ella, luego de enojarse con la madre debido a que la misma se negara a facilitarle a B una cantidad desmedida de dinero que él le exigía, éste intentó incendiar su casa, acto que pudo ser detenido por la intervención de los vecinos.

Así mismo aportó, que B siempre fue un chico impulsivo, para lo cual recibió tratamiento farmacológico desde los 8 años (no recordaba el nombre de la medicación). Agregó que fue diagnosticado presuntivamente con distintas patologías siendo el último diagnóstico trastorno esquizofrénico, sostiene que B sabe muy bien lo que hace y que luego de los hechos de violencia siempre pedía perdón por los daños ocasionados. Fue los comportamientos violentos y repetitivos, según sus dichos, los que la llevaron a tomar la decisión de echarlo hacía ya más de 2 años, la asistente social le explicó la situación actual, no obstante, esta, la madre manifestó no querer saber de él, pidiendo que no vuelvan a contactarla.

Al preguntarle por la existencia de otros familiares, agregó que tanto su padre como hermanos menores, no quieren saber de él, remarcando que B sabe bien lo que hace y ya habiendo alcanzado la mayoría de edad no los necesita. De acuerdo a lo mencionado por Gasca et al. (1997), se puede inferir que la situación familiar y el tipo de familia se encuentra deteriorado, no formando parte de la red de contención que B necesita, y ésta

resultaría ser una de las posibles causales de la nula adherencia al tratamiento, según la opinión del equipo tratante.

Por otro lado, conforme lo propuesto por Moreno (2011), y desde el punto de vista del paciente, en una forma inconsciente de éste, es que se puede inferir que B experimenta emociones negativas, ya que permanecer sintomático es una manera de huir de la realidad, una realidad que lo rechaza, que lo aparta, lo abandona, generando esto un alto nivel de estrés. Como así también, permanecer enfermo sería un mecanismo de defensa que le permitiría negar la realidad que lo atraviesa.

Los cambios que se fueron observando en B durante su permanencia en el servicio de admisión, los cuales fueron expuestos en el apartado anterior, podrían vincularse con la importancia que adquiere la contención en pacientes esquizofrénicos. Tal vez el mismo pudo encontrar dicha contención en la institución, donde se le brindó un espacio para la escucha, alimentación, abrigo y quizás, una posibilidad de cambio.

Cabe inferir que B si bien presentaba conciencia de enfermedad, no así sobre la adherencia al tratamiento y sobre los beneficios que podría obtener si mejorase su cuadro actual.

Por su parte, acerca del paciente C, quien cuenta con familia la cual lo acompaña y sostiene, pudo evidenciarse a través de los relatos de la hermana, que la atención que la misma le brinda, resulta ser un tanto excesiva. Asimismo, agrega que desde la muerte de sus padres sintió una responsabilidad muy grande para con su hermano menor, la cual se incrementó cuando éste fue diagnosticado con esquizofrenia, pasando a estar muy pendiente de sus necesidades incluso dejando de lado las propias; cuenta también que estaba todo el día con él, había dejado de trabajar cuando se casó para permanecer a su lado. Se evidenció una respuesta exagerada o bien desacertada, frente a las distintas situaciones ocasionadas por la enfermedad, lo cual puede relacionarse con la importancia que adquiere la psicoeducación tanto en pacientes como también en los familiares. Por lo que resulta de vital importancia brindar información y herramientas acordes, necesarias a cada caso particular e intentar potenciar las capacidades de cada paciente a fin de favorecer la inserción social, tal como enuncian Montaña et al. (2013).

Según el aporte de los profesionales, el caso de C es un claro ejemplo donde la existencia de una familia sobreprotectora, genera en los pacientes una actitud pasiva, contribuyendo de esta manera a la disminución de las posibles potencialidades de los mismos, lo que a su vez provoca un aumento paulatino de dependencia.

Más allá de las diferencias presentes entre los tres pacientes se pudo observar que en los mismos hay una gran falla en las redes de contención y apoyo social, ya sea por ausencia o por exceso de las mismas, lo que lleva a los pacientes esquizofrénicos a vivir condenados a las recaídas sin poder sostener un tratamiento adecuado.

5.4 Describir la situación socio-económica de tres pacientes esquizofrénicos y analizar su relación con la reinternación.

Se precederá a describir aquí otra de las grandes complicaciones con las que se enfrentan los pacientes esquizofrénicos, siendo las mismas: la escasa reinserción social, la falta de posibilidad laboral y el bajo índice de desarrollo personal, las cuales se hayan relacionadas con el concepto de estigmatización social propuesto por Urizar y Giraldez, (2008), quienes toman a la familia como una de las primeras fuentes de estigmatización, debido a la valoración que las mismas realizan sobre el familiar enfermo. Es por ello que dichos pacientes sufren un enorme costo económico y social.

Por lo que pudo observarse en cuanto a la situación del paciente A, quien se hallaba inmerso dentro de un sistema familiar que no le ofrece posibilidades de mejorar su calidad de vida, la que le permitiría obtener los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas tal como proponen Urizar y Giraldez, (2008). Es así que la familia de A lo mantiene alejado de todo vínculo e interacción social, imposibilitando de esta manera su propio desarrollo personal. Esto pudo evidenciarse mediante la argumentación de la madre al momento de solicitarle información sobre antecedentes laborales de A, refiriendo que el mismo nunca trabajó por el temor que ella siente de que pueda tener una crisis violenta y lastimar a alguien, evitando de esta manera un mal mayor, y por otro lado lo considera incapaz de poder realizar alguna tarea, agregó incluso que desde hace tres años A no sale solo a la calle para evitar peleas callejeras, pudiendo sí hacerlo en presencia de ella, ya que su hija no quiere estar sola con A por temor a que la lastime.

En este caso puede verse claramente como la familia en ocasiones es una de las primeras fuentes de estigmatización, colocando al paciente en una posición pasiva e inhabilitante al realizar una valoración negativa sobre el mismo y su enfermedad, la cual generalmente mantiene cierta discrepancia con las potencialidades de cada paciente, apartándolo de la sociedad, es así como se estaría impidiendo que A pueda emprender un desarrollo personal, establecer vínculos interpersonales o incluso lograr una mejoría tal como propone Chuaqui (2005).

Por su lado, el paciente B, ha mostrado una situación social más compleja, siendo que el mismo no contaba con redes de apoyo social ni familiar, su situación habitacional ha generado un deterioro aún mayor, en el cual se evidenció una falta total de aseo personal y un abandono significativo de su persona como también un alto grado de aislamiento y pérdida de contacto social. Al indagar sobre sus antecedentes laborales, B refirió que hace muchos años había trabajado como ayudante de un pintor, con el que terminó peleando por sus reiterados ausentismos, agregando que nunca más volvió a trabajar por sus antecedentes penales. Esto podría vincularse con la valoración estigmatizante que generalmente se realiza sobre la esquizofrenia siendo la enfermedad más asociada a la enfermedad mental (Chuaqui, 2005). Es por ello que pacientes como B con presencia de conciencia de enfermedad, lo cual es una característica de crucial importancia para la adherencia al tratamiento, como se ha expuesto anteriormente, viven con un alto costo emocional y económico, ya que, al reconocerse como un sujeto rechazado por la sociedad, lo colocaría en una situación desfavorable, donde pareciera que desarrollarse en el ámbito social, laboral e interpersonal, sería algo imposible de alcanzar.

En cuanto a la situación social de C, puede verse que, si bien cuenta con una familia que acompaña en su tratamiento, la misma pareciera no ser suficiente, ya que se ha evidenciado al igual que los casos anteriores distintas recaídas. Cabe destacar que C se encontraba realizando tareas de jardinería no remuneradas, labor organizada por su hermana con el objetivo de brindarle a C una actividad que lo mantuviera activo. Así mismo C no presenta un vínculo social más allá del de su familia, debido al aislamiento que con los años se ha ido generando. Es así que, según la opinión del equipo tratante, puede pensarse en la intervención de la familia como desacertada, al brindarle a C una vida alejada de toda

interacción social, incluso siendo que C tiene capacidades para realizar tareas como por ejemplo de jardinería, las mismas se circunscriben solo dentro del ámbito en el que viven, no posibilitándole la ampliación del desempeño hacia otros sitios posibles. Debido esto a la valoración negativa que la familia realiza con respecto a la enfermedad presente, según sus dichos, tal como establece Chuaqui, (2005), esta situación sería un aporte negativo para la mejoría del paciente.

En los casos aquí presentados, cabe recordar, como ya fue mencionado, que se trata de pacientes en los cuales la situación social y económica se encontraba alterada, no posibilitando de esta manera que los mismos pudieran lograr un desarrollo personal, es así como se pudo observar en los pacientes, quienes fueron experimentando un rechazo social y muchas veces familiar, favoreciendo esto a una posible recaída. Tal es así, que la situación general de los tres pacientes es de absoluta invalidez y dependencia, observándose ausencia de conciencia sobre las consecuencias que tal situación les genera, predisponiendo de esta manera a fomentar el desarrollo de una situación autoperpetuante de la cual los pacientes no lograron escapar.

6. CONCLUSIONES

En conjunto a lo antes desarrollado, cabe destacar que si bien los informes realizados por el servicio de guardia del hospital, detallan de manera certera el estado general con el que asistieron los pacientes, se ha procedido a recabar gran cantidad de otros elementos relevantes, durante la internación en el servicio de admisión, los cuales permiten configurar las distintas (pero a su vez similares) estructuras de los cuadros que daban sustento a los diagnósticos confeccionados. Tal es así que tanto los pacientes como sus familiares, fueron aportando las vivencias de diversas situaciones ocurridas a lo largo de sus vidas, que dejaban ver la presencia temprana de sintomatología psicótica. En conjunto a esto se evidenciaba de manera clara la forma en que esta sintomatología condicionaba la conducta y el pensamiento, así como también se enlazaban a los episodios de agresividad y a su productividad psicótica.

Este trabajo de tipo exploratorio y descriptivo, permite dar cuenta a través de la combinatoria del aprendizaje, de la literatura científica y de los procesos observados, de las distintas reinternaciones llevados a cabo en el marco de la ley de salud mental vigente, dentro de un proceso terapéutico en el servicio de admisión de una institución de salud mental, lo cual supone al menos una actividad movilizante y compleja de abordar.

No obstante a ello, pese a las dificultades presentadas descriptas más adelante, y partiendo del objetivo general, el cual pretendía describir los factores incidentes en la reinternación de tres pacientes esquizofrénicos de la institución elegidas es que puede concluirse que los objetivos propuestos, fueron satisfactoriamente cumplidos, destacando la importancia que adquieren los tres aspectos fundamentales aquí observados (conciencia de enfermedad, redes de apoyo social y situación socio económica), a la hora de pensar en la reinternación de pacientes esquizofrénicos. Es así que de acuerdo a lo descrito en el presente trabajo, se concluye que resulta de vital importancia que los pacientes adquieran conciencia sobre su enfermedad considerando, tal como proponen Martínez et al. (2004), que es muy difícil que un paciente pueda lograr una mejoría de su salud mental si no hay un reconocimiento y aceptación del trastorno. De esta manera, el lugar que adquiere la familia como redes de apoyo, en la vida de estos pacientes, es fundamental, dado que los mismos no logran sostener los tratamientos por sí solos, generalmente por no reconocerse enfermos. Por lo que la falta y/o falla de estas, interfieren significativamente en el sostenimiento de los tratamientos indicados, de acuerdo a lo propuesto por Montaña et al. (2013), quienes establecen que se genera así una dependencia absoluta a una red de contención y apoyo para el sostenimiento de los mismos. Finalmente, y como otro pilar fundamental, se observó que las situaciones socio económicas también interfieren a la hora de pensar en la estabilización de un paciente esquizofrénico. Pese a ello se observó en estas tres familias cierta posición estigmatizante, como también en la sociedad, frente a la esquizofrenia, quienes no proveen posibilidades de desarrollo, adoptando una mirada sobre la patología generalmente errónea, tal como lo postula Chuaqui, (2005), favoreciendo así a la exclusión del paciente e incluso en ocasiones es el paciente quien se excluye debido a la percepción que siente por parte de los mismos. Es por ello que la patología genera un alto costo emocional debido a las vivencias que los pacientes y sus familias atraviesan, generando un

desequilibrio familiar difícil de reorganizar, de acuerdo a la evaluación que se tiene sobre la misma.

Se concluye así, que los tres objetivos planteados mantienen una estrecha relación significativa formando una triada que interactúa como pilar fundamental en la esquizofrenia y su estabilización, donde la ausencia o falla de uno de sus componentes garantiza el fracaso del tratamiento.

A consideración propia de la tesista, se encontró que los objetivos planteados obtuvieron una respuesta satisfactoria a través de lo trabajado en la práctica, recordando que este trabajo no es producto de una investigación profesional, sino de un proceso de aprendizaje académico.

6.1. Limitaciones

Para realizar cualquier tipo de conclusión, es menester remarcar que este trabajo se realiza en el marco de una actividad académica, llevada a cabo en una institución de salud mental monovalente. Por lo que la capacidad analítica de este trabajo, no solo está enmarcada en lo antes mencionado, sino que también está vinculada a la capacidad de observación de un alumno en el continuum de un proceso de aprendizaje.

Dentro de las posibles limitaciones del trabajo, en cuanto a los casos seleccionados se refiere, cabe mencionar que el mismo fue realizado en base a un método de observación participante en un tiempo limitado, lo que imposibilitó el contacto directo con los pacientes en las internaciones previas como así también con sus evoluciones y seguimientos, quedando la tesista supeditada a la evaluación escrita de otros profesionales. Este tipo de limitación está relacionada con el tipo de metodología de trabajo de este servicio, el cual resulta de carácter acotado y transitorio, poniendo foco en la estabilización del cuadro psicótico agudo para luego derivar al paciente a un servicio especializado.

Respecto a lo institucional, se observó en el servicio de admisión la falta de un espacio en el cual las familias acompañantes puedan recibir información, orientación y contención, lo que posibilitaría una evaluación más exhaustiva de las variables de interés y por otro lado, contribuiría, a mi parecer, a disminuir las situaciones estresantes, de

ansiedad, angustia, desorientación y desinformación, las que muchas veces se hallan presentes en la sala de espera, debido a que los profesionales no logran atender la alta cantidad de demandas tanto de familiares como de pacientes, generándose en ocasiones cuadros emocionales que no contribuyen de manera positiva en los pacientes. Es oportuno aclarar que estas carencias no siempre se relacionan a falencias en los equipos de profesionales, sino que es la actividad misma del día a día del servicio más la presencia de imprevistos que muchas veces cobran un papel prioritario en atención, como puede ser por la fuga de un interno, situaciones de violencia, hurto, descompensación psicótica entre otras, las que no deja espacio para este tipo de trabajo más abarcativo.

6.2. Perspectiva crítica y aporte personal

De acuerdo con los datos obtenidos se puede concluir que un paciente esquizofrénico que carece de conciencia de enfermedad, no reconoce la necesidad de realizar un tratamiento, por lo que resulta indispensable la presencia y soporte de un grupo de apoyo social y/o familiar continente y funcional que brinde contención y sostenimiento a un tratamiento que resulta crucial y necesario para llevar una vida adaptada socialmente, si a esto se le agrega las problemáticas socio económicas, como ser bajos recursos económicos, que limitan al paciente a realizar un tratamiento, estigmatización social, la cual incrementa el aislamiento, etc., el cuadro de los mismo empeora aún más.

No obstante, a ello, y dentro de una perspectiva crítica, si bien el presente trabajo se limitó dentro de un servicio de admisión, se pudo observar que la familia no cuenta con un servicio que le brinde apoyo y contención, resultando importante recordar la importancia que adquieren las familias de pacientes esquizofrénicos en la vida de los mismos, como también realizar tareas psicoeducativas que les brinden distintas herramientas de abordaje en caso de crisis. Resulta así de vital importancia implementar espacios dentro de las instituciones psiquiátricas, donde los familiares y la población en general, puedan ser escuchados, orientados e informados de manera exhaustiva y correcta sobre la patología, y poder comenzar así a incorporar una mirada positiva sobre la enfermedad, ya que esto otorgaría mejores beneficios sobre los pacientes. Favoreciendo esto a adoptar una mirada que aloje, que contenga, que colabore en mejorar la inserción social, en lugar de expulsar. Ya que existen diversos estudios (aunque no muy difundidos

socialmente) que han demostrado que los pacientes esquizofrénicos que realizaron tratamiento integral, incluyendo los aspectos bio-psico-social han demostrado excelentes resultados y el consiguiente desarrollo de una vida plena. Es por ello que resulta conveniente aportar información certera de que un gran número de pacientes esquizofrénicos mejoran notablemente su calidad de vida y adaptación al medio en que viven, si los mismos cuentan con soporte, contención y tratamiento psicofarmacológico de forma constante. De esta manera se posibilita un pronóstico más favorable en la evolución de la patología que afecta a estos pacientes y a la calidad de vida de sus entornos familiares.

Es así que resulta necesario tomar al sujeto padeciente como un sujeto bio-psico-social, integrando de manera equilibrada estas tres áreas que lo componen, siendo la finalidad, una terapéutica integral, que apunte a la reinserción social y laboral de los afectados por esta devastadora patología. No obstante, no debe dejarse de lado los vínculos familiares, que se transforman en pilares esenciales que deben sostener al paciente en los momentos críticos, brindando contención de manera adecuada, y acompañando al tratamiento médico crónico, logrando así, disminuir las posibles recaídas.

Otro posible aporte personal en lo referente a la institución, sería considerar la posibilidad de realizar cierto tipo de capacitación para los profesionales del servicio, ya sean enfermeros, abogados o bien trabajadores sociales, a quienes se les provea de distintas herramientas para atender algunas de las cuestiones relacionadas con la internación, más allá de las pertinentes a su profesión. De esta manera podrían estar preparados para colaborar de manera interdisciplinaria con el servicio, realizando distintas intervenciones funcionales en un ambiente altamente demandante, donde los profesionales muchas veces no son suficientes para dar atención frente a la alta demanda, la cual sostiene una gran tensión ambiental diariamente. Es por ello que, de acuerdo a la breve experiencia adquirida en el paso por el servicio, se destaca la necesidad de incrementar y optimizar la atención y orientación a los familiares que acompañan, pensando a los mismos como actores fundamentales a la hora de elaborar un abordaje terapéutico integral.

6.3. Futuras líneas de investigación

Sobre la temática planteada, a criterio de la tesista, y de acuerdo con la importancia que adquiere la variable redes de contención y apoyo social en los pacientes con esquizofrenia, aquí postulada, resultaría de vital importancia la posibilidad de realizar una investigación que arroje información sobre el tipo de actuación que la institución tiene con respecto a las familias acompañantes de los pacientes esquizofrénicos.

De esta manera posibilitaría revisar, evaluar e incorporar las intervenciones necesarias que permitan incorporar a las familias de pacientes esquizofrénico, al plan terapéutico. Teniendo así en cuenta la importancia que adquiere el grupo familiar como soporte en la vida de los pacientes con este tipo de patología. Resulta menester recordar que la esquizofrenia es una enfermedad que genera un alto impacto en la familia la cual también debe recibir atención con respecto a la enfermedad que los atraviesa.

De esta manera adquiere valor la posibilidad de incorporar a la Institución un espacio integral de psicoeducación familiar, que tenga como objetivos generales la asistencia sanitaria y la integración socio-laboral. Donde también se promueva información necesaria para la comprensión de la sociedad sobre la enfermedad con el fin de erradicar la estigmatización que se tiene sobre la misma. Proveer contactos entre familiares de personas con esquizofrenia, aconsejándoles y brindando información sobre distintos dispositivos que existen, con el fin de favorecer y fortalecer a las familias y pacientes.

7. Referencias Bibliográficas

- Abelló, R., Madariaga, C. & Hoyos, O. L. (1997). Redes Sociales como Mecanismo de Supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29(1), 115-137.
- Andrade, G. R. B. & Vaitsman, J. (2002). Apoyo social e redes: conectando solidaridad e saúde. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 7(4), 1-10.
- Aranda, B. & Pando, M. (2013). Conceptualización del Apoyo Social y de las redes de apoyo Social. *Revista IIPSI*, 16(1), 1-13.
- Asociación de Psiquiatría Americana. (2015). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5 ed.). Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
- Awad, G. (2008). *Calidad de vida en esquizofrenia Conceptos y medidas para la práctica clínica*. *Revista de Psiquiatría en Uruguay*, 72(2), 1-9.
- Caballero Moreno, A. (2011). Emil Kraepelin. Su papel en la construcción de la psiquiatría moderna. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 8(2).
- Cassidy, E., Hill, S. & O'Callaghan, E. (2002). Eficacia de una intervención psicoeducativa en la mejora del conocimiento de los familiares sobre la esquizofrenia y la reducción de nuevas hospitalizaciones. *Eur Psychiatry*, 9, 117-122.
- Chuaqui, J. (2005). El estigma en la esquizofrenia. *Ciencias Sociales Online*, II (1), 45-66.
- García Bóveda, R., Vázquez Morejón, A. & Vázquez Morejón Jiménez, R. (2007).
- Habilidades Sociales y Apoyo Social en Esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(1), 61-71.
- Gasca, M., Martínez R., López J., & Ruiz, C. (1997). La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*, 20(2), 1-10.

- Heimann Navarra, C. (2015). Antipsicóticos en esquizofrenia. Revisión de guías internacionales actuales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 79-91.
- Henao, C. & Gil, L. (2009). Calidad de Vida y Situación de discapacidad. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 14(2), 112-125.
- Hospital Municipal José T. Borda. (S/F). *La admisión hospitalaria*. Publicación Inédita.
- Ley Nacional de salud Mental 26.657 Argentina. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación (2010). Capítulo VII, 21-30.
- Martínez Leal, R., Moreno Küstner, B. & Soriano Peña, M. (2004). Falta de Insight en Esquizofrenia. *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, 4(2), 146-158.
- Montaño, L., Nieto, T. & Mayorga, N. (2013). Schizophrenia and Psychological Treatments: a theoretical review. *Revista Vanguardia Psicológica*, 4(1), 2-20.
- Moreno Esparza, F. (2011). La no conciencia de enfermedad (insight) desde el Trabajo Social con enfermos mentales. *Documentos de Trabajo Social*, 49, 263-269.
- Muela, J. A. & Godoy, J. F. (2001). El Estrés Crónico en la Esquizofrenia: La emoción Expresada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 7(4).
- Organización Mundial de la Salud (2001). Salud Mental: *Un Estado de Bienestar*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Esquizofrenia* N° 397. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Pérez Escudero. A., Gil Molina, S., Pina Camacho, L. & García Cabeza, I. (2010). Psicofarmacología de la Psicosis: Elección del Fármaco, Adherencia al Tratamiento y Nuevos Horizontes. *Clínica y Salud*, 21(3).

- Rascón, M., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H. & Casanova, L. (2014). Necesidades de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia en Situación de Crisis. *Salud Mental*, 37(3).
- Salvatierra, S. (2003). Análisis epistémico del modelo biológico para explicar el origen de la esquizofrenia. *Actualidades en Psicología*, 19(106), 113-130.
- Sánchez Páez, P., Vega Sánchez, D. C. de la. & Saiz Ruiz, J. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 235-254.
- Tajima, K., Fernández, H., López Ibor, J., Carrasco, J. & Díaz Marsá, M. (2009). Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Esp. Psiquiatría* 37(6), 330-342.
- Urizar, A. & Giráldez, S. (2008). Calidad de Vida y Funcionamiento Familiar de Pacientes con Esquizofrenia en una Comunidad Latinoamericana. *Psicothema*, 20(4), 577-582.
- Vallina Fernández, O., & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364.