

Universidad De Palermo  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Análisis del abordaje de un paciente diagnosticado con esquizofrenia de tipo paranoide comórbido con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, desde el servicio de consultorios externos de un Hospital Neuropsiquiátrico.

Alumna: Ediant Mata  
Tutor: Eduardo Leiderman

## Índice

1.Introducción .....	1
2. Objetivo General .....	2
2.1. Objetivos Específicos .....	2
3. Marco Teórico.....	2
3.1.Esquizofrenia.....	2
3.1.1.Características Diagnosticas.....	6
3.1.2 Tipos de Esquizofrenia.....	7
3.2.Esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias .....	9
3.3.Acompañamiento del contexto familiar y social en pacientes con esquizofrenia .....	10
3.4Abordaje Psicofarmacológico .....	13
3.5.Abordaje Psicoterapéutico.....	15
3.5.1.Abordaje interdisciplinario en el tratamiento de Esquizofrenia.....	19
4.Metodología .....	22
4.1.Tipo de Estudio .....	22
4.2.Participantes .....	22
4.3.Instrumentos .....	23
4.4.Procedimiento.....	23
5.Desarrollo.....	24
5.1.Consideraciones Iniciales .....	24
5.2.Análisis de la sintomatología y diagnóstico del paciente al momento del ingreso a consultorios externos del hospital neuropsiquiátrico .....	25
5.3.Descripción de las intervenciones realizadas por el equipo interdisciplinario tratante durante el tratamiento del paciente.....	29

5.4.Análisis del rol del contexto familiar y social en relación al abandono del tratamiento del paciente.....	33
6.Conclusiones .....	36
6.1.Resumen del desarrollo .....	36
6.2.Perspectiva crítica y aporte personal .....	37
6.3.Nuevas líneas de investigación .....	39
6.4.Limitaciones .....	39
7.Referencias.....	41

## 1.Introducción

El presente trabajo se realizó durante de la práctica profesional realizada en un Hospital Neuropsiquiátrico ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, dicha institución fue escogida con la premisa de poder adentrarse en el funcionamiento de un hospital neuropsiquiátrico que trabaja bajo el marco de la disciplina interdisciplinaria. Dentro del hospital se brindan consultas de seguimiento, evolución y cumplimiento del tratamiento tanto psicoterapéutico como farmacológico, cumpliendo con los criterios conformes a la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, 2010).

La presente investigación se llevó a cabo en un servicio de internaciones para pacientes agudos, en donde se analizó el abordaje de un paciente de 39 años diagnosticado con esquizofrenia de tipo paranoide con trastorno por consumo de sustancias desde el servicio de consultorios externos. Dicho servicio fue escogido por la permanencia y adherencia que tienen los pacientes en dicho tratamiento para así facilitar la investigación a realizar, sumado a esto se pudo observar también cómo trabaja el equipo interdisciplinario a partir de las intervenciones asignadas a cada paciente para su tratamiento. El interés por investigar esta temática en particular, surge a partir de la lectura de la historia clínica, debido a los reiterados abandonos que tiene el paciente a ser analizado, a partir de ese momento y en adelante, la investigación respondió a la premisa de analizar cómo afecta el diagnóstico esquizofrénico sumado a un consumo de sustancias psicoactivas en la vida cotidiana del padeciente y su red social más cercana.

Entre las actividades realizadas durante el cumplimiento de la práctica se destacaron, la participación en las estrategias de abordaje del equipo interdisciplinario, observación no participante en las consultas externas del paciente a describir, evolución supervisada de historias clínicas, así como también la confección de permisos de salidas a los pacientes internados bajo la autorización del jefe de servicio y la colaboración en la elaboración de informes, actualizando el estado de cada paciente internado involuntariamente conforme lo propuesto por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en el artículo 24, Capítulo 7.

Commented [AB1]: La numeración de páginas comienza en la página del índice.

Commented [AB2]: cómo

Commented [AB3]: insertar punto seguido

Commented [AB4]: En lo que hace a la redacción, se sugiere separar el texto en párrafos más cortos

## Objetivos

### 2. Objetivo General

Analizar el abordaje de un paciente diagnosticado con esquizofrenia de tipo paranoide comórbido con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, desde el servicio de consultorios externos de un hospital neuropsiquiátrico.

### 2.1. Objetivos Específicos

Describir la sintomatología y el diagnóstico de un paciente de 39 años al momento del ingreso a consultorios externos de un hospital neuropsiquiátrico.

Describir las intervenciones realizadas por el equipo interdisciplinario tratante durante la estadía del paciente en el servicio de internación.

Analizar el rol del contexto familiar y social en relación al abandono del tratamiento del paciente

## 3. Marco Teórico

### 3.1. Esquizofrenia

La evolución a lo largo del tiempo sobre el concepto de esquizofrenia estuvo disputada entre distintos autores y sobre las características propias que definen a este concepto, Álvarez (1996) explica que en 1874 Kalbaum introduce el concepto de catatonia y lo define como un tipo de demencia que se caracteriza por mutismo, suspensión del pensamiento, rigidez muscular y crisis de furor. Bleuer en 1907 situó el núcleo de la esquizofrenia en la pérdida de asociaciones significativas, siendo los delirios y alucinaciones síntomas *secundarios*. Schenider por el contrario en 1997 invierte este criterio y le da mayor relevancia a los síntomas delirantes, por lo cual se debe tener en cuenta el momento histórico y el autor al que se considere a la hora de hablar sobre la etiología del concepto de esquizofrenia (García Montes & Pérez Álvarez, 2003).

Beck, Rector, Stolar & Grant (2010) consideran que existen tres autores que en la investigación moderna pudieron hacer grandes aportes al concepto de esquizofrenia, a pesar de tener diferencias conceptuales como se mencionó anteriormente estos tres autores, Hughlings Jackson, Emil Kraepelin y Eugen Bleuer les dan importancia a los síntomas negativos de la

Commented [AB5]: Adecuar en formato a los otros subtítulos

esquizofrenia. En la teoría positivo-negativo de Hughlings Jackson en 1931 da cuenta de que la *locura* es un desorden mental provocado por una patología determinada que se podría ubicar etiológicamente en los centros corticales del cerebro, a su vez, establece un patrón entre la normalidad y la anormalidad, y codifica la sintomatología de la esquizofrenia en este patrón. Utiliza el término de *síntomas abarcativos mentales positivos* para definir aquella sintomatología como distorsiones de pensamiento y creencias. Con respecto a los *síntomas mentales negativos*, los define como aquellos que presentan disociaciones en la creencia de la realidad. Por último, este autor sienta las bases de que existe una relación directa entre los factores biológicos y la sintomatología, es decir, los síntomas positivos son creencias de lo que es normal para el sujeto y que están relacionadas con un proceso mental y los síntomas negativos los ve como el compromiso de alguna estructura cerebral dada la enfermedad.

A su vez Crow (1980) tomó este planteamiento de Hughlings Jackson para definir la esquizofrenia tipo I y II. Los esquizofrénicos de tipo I manifiestan síntomas positivos, tienen una respuesta adecuada a la medicación antipsicótica y el curso de la enfermedad tiene un resultado favorable en el futuro a largo plazo, por el contrario, en aquellos sujetos diagnosticados con esquizofrenia tipo II tiende a predominar la sintomatología negativa, no tienen una respuesta adecuada a la medicación, el inicio de la enfermedad se da de manera súbita y su pronóstico no es tan favorable como los sujetos de tipo I. Crow relacionaba que aquellos sujetos que eran portadores del primer tipo tenían un desarrollo neuroquímico relacionado con el neurotransmisor dopaminico, y los del segundo tipo tenían una anormalidad cerebral que podría ser un volumen cerebral reducido.

Con respecto a Emil Kraepelin en 1911, fue el autor que ideó el sistema nosológico anterior de la esquizofrenia y a lo largo de sus investigaciones pudo establecer tres manifestaciones de la esquizofrenia, en primer lugar define a la *hebefrenia* caracterizada por conductas desorganizadas, en segundo lugar la *catatonía* en donde había falta de movimiento, conducta ansiosa o agitada e incoherente y por último la manifestación *paranoide* la cual estaba relacionado con delirios de grandeza y/o persecución. Todas estas definiciones las agrupó en una sola categoría que definió como *demencia precoz*, en el cual hay síntomas que comparte con Hughlings Jackson, como la sintomatología positiva. Emil Kraepelin le dio más importancia a los síntomas negativos que a los positivos dado que, los definía como el último estado de extremo déficit. Pudo clasificar también

la demencia precoz junto con los trastornos del estado de ánimo, por lo cual agrupó a la enfermedad junto con manía, melancolía y psicosis maniaco-depresiva. Si bien el término de demencia precoz está en desuso, el DSM IV-TR toma los síntomas característicos de la esquizofrenia y sus subtipos, que serán ampliados en los próximos apartados. Algunos autores como lo menciona Healy en el 2002 no tomaban con confianza los subtipos establecidos dada su variabilidad a lo largo del tiempo.

En 1896 Emil Kraepelin utilizó el término demencia precoz para reunir los procesos psicológicos degenerativos anteriormente descritos, agregándoles también las formas alucinatorias de la paranoia. Fue en 1911 que el psiquiatra Eugen Bleuer utiliza el término esquizofrenia, asignándole el significado de mente escindida y lo define como un conglomerado de psicosis que puede llegar a ser crónico o agudo, que no permite una cura y se distingue por tener un tipo específico de alteración en el pensamiento, sentimientos y la relación con el contexto. (Álvarez, 1996).

Fue este mismo autor, Eugen Bleuer, quien introduce el término de esquizofrenia como lo conocemos hoy en día, y la definió como una categoría de trastornos mentales (Healy, 2002). Se diferenció de Kraepelin dado que, Bleuer categorizó a la esquizofrenia de manera dimensional, abarcando disfunciones de la personalidad que se conocen como esquizotipia, hasta la demencia precoz definida anteriormente. Bleuer tiene semejanzas con Hughlings Jackson dado que caracterizaba la esquizofrenia en síntomas primarios y síntomas secundarios o accesorios, donde los primarios eran los fundamentales para el diagnóstico, debían estar presente en todos los casos, y los síntomas secundarios, los cuales no eran indispensables para realizar el diagnóstico, y no había una neuropatía que los justificase. Definió que un proceso cognitivo podía ser el responsable de hacer un puente entre la neuropatía y la expresión de los síntomas. Etiológicamente se expresa con el término esquizofrenia, de schizo, dividir, y phrene, mente. Bleuer amplió el concepto de esquizofrenia haciendo que en el DSM-IV se lo incluyera en los trastornos de personalidad, esquizotípicos y esquizoides (O'Flynn, Gruzelier, Bergman & Siever, 2003).

La esquizofrenia según Durand y Barlow (2007), es un trastorno que presenta disfunciones cognitivas y emocionales como delirios, alucinaciones y comportamiento desordenado. La Organización Mundial de la Salud (2015), de ahora en adelante OMS, la categoriza como una

discapacidad debido a las consecuencias que tiene sobre el individuo en las esferas sociales, académicas y productivas.

Para diagnosticar este tipo de trastorno mental en la actualidad se utiliza el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, ya que es un sistema de clasificación de la conducta patológica basado en criterios empíricos. La versión quinta publicada en el 2013 es la vigente en la actualidad, se conoce como DSM V, el cual tiene un enfoque multidimensional, que a diferencia de su versión anterior, el DSM IV, que mantenía un enfoque categorial en el cual no habían límites precisos entre trastornos. Aparte de cambiar de enfoque, el DSM V incluyó nuevos trastornos que estuvieron en la versión anterior pero en el apartado de anexos, a su vez, hubo un cambio en la clasificación de los tipos de esquizofrenia dado que si bien el manual mantiene la postura de Kraepelin en cuanto a demencia precoz, descarta la validez y utilidad de los tipos de esquizofrenia y proporciona una escala de estimación de la gravedad de las dimensiones de los síntomas más abarcativos de la esquizofrenia, con el fin de evaluar los tipos de síntoma según su gravedad expresada en pacientes diagnosticados con trastornos psicóticos (Sandín, 2014).

La etiología de la esquizofrenia es incierta, investigaciones genéticas no dejan en claro que genes específicos intervienen en el desarrollo, sólo Crow (2008) explicó que la esquizofrenia se transmite por un solo gen relacionado al lenguaje, que se encuentra en el cromosoma sexual, pero también en otras líneas de investigación se acepta que hay muchos genes susceptibles de desarrollar esquizofrenia. Con respecto a los factores ambientales el estrés de las grandes ciudades puede combinarse con una vulnerabilidad preestablecida en los genes, el consumo de cannabis durante la adolescencia aumenta el riesgo entre dos y tres veces de desarrollar algún trastorno psicótico (Weiser et al., 2007). Existen a su vez diferencias anatómicas en aquellos pacientes que sufren de algún trastorno esquizofrénico y sujetos sanos, estas diferencias estructurales son diminutas, pero la diferencia son las afectaciones en todo el córtex como la anormalidad volumétrica (Heinrichs, 2005). Tanto Bleuer como Kraepelin confirmaron que la esquizofrenia afecta también a las funciones ejecutivas cerebrales y que este deterioro cognitivo puede aparecer antes del primer brote psicótico que pueden verse reflejadas en pruebas de coeficiente intelectual (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2010).

Commented [AB7]: Revisar formato de margen



### 3.1.1. Características Diagnosticas

Cuando se usa el término esquizofrenia, se describen un conjunto de trastornos psiquiátricos que alteran la percepción, el pensamiento, las emociones y la conducta de un individuo. Cada persona que padece de este trastorno tiene una combinación única de síntomas y experiencias que están relacionados con circunstancias propias del contexto particular de cada individuo. En la mayoría de los casos el trastorno aparece luego de un periodo prodrómico y que afecta a la memoria, concentración, incrementa el aislamiento social dado que afecta las esferas comunicativas y disminuye el cuidado personal junto con una marcada anhedonia. Entre los factores de riesgo se incluyen, el sexo masculino, residir en una ciudad altamente poblada y las migraciones (Machado & Morales, 2013).

Según lo referido por García Montes y Pérez Álvarez (2003) un síndrome va a estar caracterizado por diferentes síntomas que lo conforman. La conformación de clasificaciones diagnosticas oficiales como el DSM aportan una mayor estabilidad a la hora de diagnosticar un síndrome o trastorno dado que *exige* que se cumplan determinados síntomas para poder emitir un diagnóstico. Los profesionales de la salud mental agrupan la sintomatología esquizofrénica en dos grupos, siendo los positivos una exageración de una función normal y los negativos ausencia o déficit de la función normal.

Según Owen, Sawa, y Mortensen (2016). La esquizofrenia es un síndrome cognitivo de conducta compleja y heterogénea que según los autores citados anteriormente se origina a partir de la interrupción del desarrollo cerebral causado por factores genéticos y/o ambientales, su momento de aparición, causa y origen son inciertos. Explican a su vez que los síntomas positivos son síntomas psicóticos en los que se pierde la percepción de la realidad, son delirios y alucinaciones, estos tienen un mejor pronóstico de la enfermedad ya que tienden a recaer y remitir, aunque en algunos pacientes pueden existir síntomas psicóticos residuales a largo plazo que están relacionados con el contexto. Por otro lado, los síntomas negativos como aplanamiento afectivo o abulia tienden a ser crónicos y están asociados con defectos en el funcionamiento social.

El primer episodio se ubica generalmente en la adolescencia tardía o adultez temprana con un episodio psicótico luego de una fase prodrómica. Pardo (2007) afirma que este trastorno tiene una serie de etapas en donde se ubica una fase premórbida, seguida como anteriormente se explicó una fase prodrómica, un primer episodio psicótico, primer tratamiento, remisión y la fase residual

en la cual puede que existan nuevos episodios psicóticos. El autor informa también que en aquellos pacientes que tuvieron un inicio brusco a temprana edad con síntomas negativos prominentes y bajo nivel de estudios tienen mayor riesgo a desarrollar un mal pronóstico. La esquizofrenia debe diferenciarse de las psicosis afectivas, trastornos inducidos por el alcohol u otras sustancias y trastornos psicóticos causados por una enfermedad médica. Los sujetos diagnosticados con esquizofrenia comparten algunos síntomas, pero en su mayoría presentan distintas expresiones del mismo trastorno, así como también diferencias en respuestas al tratamiento, curso y resultados. Se sugiere abordar el trastorno de manera dimensional dado que los límites de la esquizofrenia y otros trastornos son difusos.

Según Ruiz, Salaberria y Echeburúa (2013), existe una tasa de recuperaciones en las cuales aproximadamente el 20% de los primeros episodios puede volver a sus funciones habituales antes de haber sufrido el primer episodio psicótico, sin embargo, 80% de los pacientes que presentan un curso deteriorante, el 20% no conseguirá una remisión completa del trastorno.

### 3.1.2 Tipos de Esquizofrenia

Según lo afirma Sadín (2014) los subtipos de esquizofrenia vigentes hasta la publicación del DSM 5 eran: esquizofrenia de tipo desorganizado, esquizofrenia de tipo catatónico, esquizofrenia de tipo indiferenciado, esquizofrenia de tipo residual y esquizofrenia de tipo paranoide. Petkari (2010) explica que el tipo catatónico se caracteriza por presentar un comportamiento predominante agitación, mutismo e inmovilidad, la esquizofrenia de tipo desorganizado presenta como su nombre lo dice desorganizaciones en las esferas sociales, comportamentales y emocionales, el tipo indiferenciado no se ajusta a ninguno de los anteriores, el tipo residual se da cuando no se cumplen los criterios para una fase activa pero existen alteraciones continuas, por último, el tipo paranoide se define por la preocupación de una o más ideas delirantes o alucinaciones que pueden ser de tipo auditiva sin presentar sintomatología positiva o negativa, a diferencia de los otros subtipos, este puede no presentar desorganización alguna pero si síntomas relacionados a la violencia y la impulsividad junto con ideas delirantes de contenido de grandeza, celos, persecutorias o estar estructuradas bajo una temática que es coherente y repetitiva para el sujeto que padece este subtipo de esquizofrenia.

Los límites para diagnosticar estos subtipos eran difusos y se tomaba en cuenta la última evaluación del paciente para asignar el subtipo correspondiente por lo cual, podía variar a lo largo

de las intervenciones venideras. Para diagnosticar correctamente, el DSM IV-TR proponía un algoritmo en el cual se le asignaba el tipo catatónico y luego el grado de desorganización que predomine en el comportamiento. Los subtipos existentes en el DSM-IV-TR, no figuran en el DSM V dado que exhibían una limitada estabilidad diagnóstica, baja confiabilidad y validez, así como también, poca utilidad clínica (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). En su lugar la última versión del manual propone una escala de estimación de la gravedad de las dimensiones de síntomas centrales de la esquizofrenia; delirios, alucinaciones, pensamiento y lenguaje desorganizado, conducta psicomotora anormal y síntomas negativos, cada uno de estos síntomas se evalúa de acuerdo a su gravedad actual sobre una escala de 0 siendo ausente y 4 siendo presente y grave, estos síntomas se evalúan sobre los últimos 7 días. (Sandín, 2014).

Desde la neuropsicología Montaña, Nieto y Mayorga (2013) explican que los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico tienen dificultades a nivel atencional relacionadas a la pérdida de interés y motivación, este a su vez, afecta otros componentes de las funciones cognitivas que requieren de la atención, por ejemplo la memoria, específicamente en la memoria contextual y la evocación de recuerdos. Con respecto a las funciones ejecutivas hay dificultades en la flexibilidad cognitiva, planificación y coordinación por lo cual, al evaluar pacientes en la ejecución de tareas y problemas se puede esperar que rindan por debajo de la media.

El deterioro cognitivo progresivo presentado por los pacientes con esquizofrenia afecta la vida cotidiana dado que muchas veces no se puede determinar el nivel de compromiso y pronóstico del enfermo. Este aspecto del trastorno esquizofrénico es subestimado dado que si bien, afecta gran parte de la vida del sujeto padeciente, no tiene tanta importancia como los síntomas delirantes (Mena, 2018). Aparte de los síntomas antes mencionados el sujeto puede presentar un aspecto inapropiado, anhedonia, alteraciones en el patrón del sueño, apraxias, dificultades para ejecutar tareas que requieran de concentración y memoria. Sumado a este como factor de riesgo el trastorno presenta el suicidio como uno de los factores a tener en cuenta dado que aproximadamente el 10% de los hombres menores de 30 años que padecen este trastorno se suicidan. La tasa de comorbilidad de la esquizofrenia con los trastornos por consumo de sustancias y dependencia a la nicotina es elevada, así como también la comorbilidad con trastornos de ansiedad. El trastorno de personalidad esquizotípica o de tipo paranoide puede preceder a su vez al inicio de una esquizofrenia y ser un predictor para desarrollar el trastorno (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

### 3.2. Esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias

En un estudio realizado por Fielitz et al. (2010) en Uruguay, se llegó a la conclusión que en el año 2005, 2006 y 2007 el diagnóstico comórbido de dependencia por consumo de sustancias fue el más frecuente en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, por lo cual se define como una patología dual, se infiere que alrededor de la mitad de los sujetos diagnosticados con esquizofrenia abusan de drogas y alcohol, a su vez, el consumo de pasta base de cocaína puede provocar la reaparición de síntomas psicóticos. El 17,9% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos agudos y transitorios, habían consumido drogas tales como cannabis y cocaína al momento de su internación, siendo los hombres el grupo mayoritario. Estos autores sugieren que, aquellos pacientes diagnosticados con un trastorno psicótico son más vulnerables a consumir sustancias psicoactivas que aquellos pacientes no psicóticos, también infieren que el consumo de sustancias favorece a la descomposición delirante del paciente dado que aquellos que consumen drogas como marihuana, cocaína y pasta base de cocaína tienen más internaciones por año que aquellos que no consumen, por lo cual se debe abordar no solo el síntoma delirante sino también el consumo de sustancias a la hora de mejorar su evolución y evitar recaídas. El consumo de drogas en pacientes diagnosticados con esquizofrenia de tipo paranoide se relaciona con actos delictivos cuando estos no están llevando a cabo un tratamiento, a su vez, como factor de riesgo se agrega el sexo masculino y padecer de un trastorno de personalidad. (Álvarez, 2018)

Por otro lado, en el Reino Unido, en una investigación realizada por Duke, Pantelis, McPhillips y Barnes (2001) se concluyó que el 16% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia había consumido perjudicialmente otro tipo de drogas aparte del alcohol. El uso de drogas ilícitas y el consumo de grandes cantidades de alcohol está relacionado con un aumento de síntomas positivos, reinternaciones hospitalarias e incluso riesgo de desarrollar episodios depresivos e ideas suicidas. Entre las drogas más utilizadas se encontraron el cannabis, psicoestimulantes, opioides, LSD, cocaína y antipsicóticos usados por hombres de menos de 36 años en su mayoría.

La esquizofrenia comórbida con consumo de sustancias o patología dual se distingue de un trastorno por consumo de sustancias por la relación cronológica entre el uso de la sustancia psicoactiva y el inicio del cuadro psicótico, al finalizar el efecto de la droga psicoactiva, las ideas delirantes finalizan, al contrario del trastorno esquizofrénico en donde las ideas delirantes siguen

estando a pesar de haber finalizado el efecto de droga. (A.P.A., 2014). La comorbilidad de la esquizofrenia con el trastorno por el consumo de sustancias se asocia con consecuencias tales como recaídas, abandono de tratamiento, violencia y disminución del funcionamiento global del individuo, por lo cual el tratamiento dual sobre los síntomas psicóticos y el consumo de sustancias es el tratamiento que se recomendaría usar dada su efectividad en pacientes con esta patología dual. (Drake, Xie, McHugo & Green, 2000).

### 3.3. Acompañamiento del contexto familiar y social en pacientes con esquizofrenia

En el año 2008 Lolic & Leiderman consideraron a la esquizofrenia como uno de los trastornos más excluidos y estigmatizados dado que cuando un sujeto es identificado con una característica distintiva, en este caso, el trastorno por esquizofrenia, se la relaciona directamente con estereotipos negativos como la agresividad e impulsividad, siendo estos resultado de una discriminación que realizan las personas de mayor desconocimiento sobre la enfermedad, a su vez, el trastorno por esquizofrenia es más estigmatizado y/o rechazado que otros trastornos mentales por el desconocimiento sobre la enfermedad por lo cual, las personas prefieren mantener un mayor distanciamiento social para evitar entablar un vínculo cercano con el sujeto paciente dado los prejuicios creados en torno a la enfermedad mental. Según Esbec y Echeburúa (2018) sólo el 10% de la violencia social es atribuible a la esquizofrenia, estos autores infieren que, si bien no existe una asociación directa entre la violencia y la esquizofrenia, hay ciertos factores de riesgo que la pueden aumentar, estos son, esquizofrenia comórbida con consumo de sustancias, trastornos de personalidad, ideas paranoides, alucinaciones auditivas e historiales de violencia ligados a una vulnerabilidad social. Como consecuencia existen inferencias tanto en su tratamiento como en su pronóstico, a su vez, el individuo diagnosticado con esquizofrenia no es el único afectado dado que también perjudica a su entorno social. Por lo tanto, es necesario trabajar no solo con el paciente sino también con su entorno con la finalidad de incrementar la calidad de vida de los afectados, como también promover una concientización sobre dicho trastorno mental para derribar los mitos y prejuicios creados colectivamente sobre el trastorno mental antes mencionado.

Según Biagini (1994) la familia puede cumplir un papel patógeno para el individuo dado que es un sistema que filtra la mayor parte de la experiencia de los sujetos y elimina toda espontaneidad. Al momento en que las corrientes antipsiquiatras comenzaron a investigar sobre la relación entre los vínculos familiares y la etiología de la esquizofrenia, definieron tres causas

que en el presente se sabe no se relacionan directamente con la etiología del trastorno esquizofrénico, pero sí podrían llegar a ser un factor desencadenante en aquellos sujetos en fase prodrómica. Estos tres conceptos son; Comunicación familiar y esquizofrenia, en donde Bateson introduce la noción de doble vínculo, el cual es una manera sistemática de comunicación en la que la madre de un esquizofrénico presenta dos órdenes de mensajes al mismo tiempo, la primera es cuando la madre presenta conductas hostiles cuando el niño demanda alguna conducta amorosa, y cuando el niño responde a esta conducta hostil la madre responde con una conducta amorosa para evitar el retraimiento del hijo en cuestión, esto tiene como consecuencia el no poder discernir entre ordenes de distintos mensajes por lo cual, el niño madura sin adquirir la capacidad de comunicarse y expresar lo que quiere en realidad, no existe un hecho traumático en particular sino que es una persistente y *mutilación sutil* de su autenticidad.

En segundo lugar, se ubica la Formación del pensamiento y familia en donde Lidz y cols en el 2001 (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2010), explican que el paciente esquizofrénico escapa de su realidad en donde no se le permite la racionalidad e interpretación obvia del medio debido a su crianza, por lo cual distorsiona su simbolización de la realidad para recuperar aquel dominio que tuvo en su infancia. Por último se ubica la Dinámica familiar y esquizofrenia en donde se relacionan los vínculos que establecen ciertas familiar y la aparición de una patología mental que no es exclusivamente la esquizofrenia,, en este caso Wynne y cols (1958) refieren que en familias muy estructuradas en donde no se permite la diferenciación y cambio de roles y en donde se insiste en lo conveniente con intensa preocupación, pueden desencadenar desorganización y *pánico esquizofrénico agudo* cuando el sujeto con esquizofrenia pretenda tener una identidad distinta o por fuera de estos roles rígidos establecidos, esto a su vez se acompaña con culpa y ansiedad. los pacientes que regresan de una internación al núcleo familiar, presentan mayor probabilidad de recaídas entre los 9 meses y los 2 años, si la familia presenta un alto nivel de emociones expresadas. En estas familias se percibe al paciente como menos competente y más vulnerable que antes de la enfermedad.

Leff et. al. (1989) afirma que la esquizofrenia hace que el paciente sea más propenso al estrés emocional y que las familias con intensas relaciones tienden a potenciar este estrés, por lo cual una de las intervenciones a realizar en pacientes con esquizofrenia es trabajar con los

familiares directos o grupo conviviente para proporcionar las herramientas necesarias para poder enfrentar mejor este trastorno.

Según Kuipers y Bebbington (1988) las emociones expresadas se basan en 3 componentes, el primer componente son llamados comentarios críticos, el cual se define como el no estar de acuerdo en conductas realizadas por parte del paciente, implica intolerancia y desaprobación, el segundo componente se define como hostilidad, es la manera por la cual los comentarios críticos se expresan y se relacionan con la dificultad para tolerar y entender las situaciones, por último el tercer componente es el sobreinvolucramiento emocional, el cual incluye la sobreprotección y el autosacrificio por parte de la familia del paciente diagnosticado con esquizofrenia, a su vez sugiere intrusividad y altos niveles de ansiedad en los padres. La familia no ve al paciente como un ser capaz por lo cual se genera un retroceso en los procesos de individualización propios del adulto. En el polo opuesto, las familias con bajas emociones expresadas favorecen la prevención de reinternaciones dado que tienen mejores estrategias a la hora de afrontar los problemas relacionados con el trastorno esquizofrénico, pero a su vez, las familias con bajas emociones expresadas no se relacionan directamente con el bienestar del paciente dado que si bien pueden prevenir internaciones y recaídas, muchas veces pueden no tener interés alguno en convivir con el paciente, lo que puede desencadenar el aumento de los síntomas negativos debido a la falta de estimulación.

Bellack y Mueser (1993) refieren que las conductas disruptivas de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia aumentan la probabilidad de que los familiares respondan a estas conductas con estrés, comunicándose con elevadas emociones expresadas, lo que tendría como consecuencia la exacerbación de las conductas disruptivas del paciente, volviéndose un círculo vicioso entre las partes. Comparándose con familias sin carga emocional, estas pueden potenciar mejoras en el funcionamiento del paciente dado que actúa como barrera contra los efectos nocivos del estrés, por lo cual es importante que, a la hora de emplear una estrategia terapéutica se refuercen no sólo las habilidades de afrontamiento del paciente sino también de los familiares directos o grupo de convivencia del paciente.

Desde el tratamiento de la esquizofrenia, la intervención familiar debe ser tomada en cuenta para emplear estrategias como; construir una alianza con la red social más cercana del individuo diagnosticado con esquizofrenia, orientar sobre los problemas de conducta y conflictos

relacionales, potenciar la capacidad de anticipación y resolución de los problemas, reducir niveles de angustia y culpa dentro del núcleo familiar, conseguir cambios deseados en el comportamiento de los familiares y en sus sistema de creencias (Montaño, Nieto & Mayorga, 2013).

#### 3.4 Abordaje Psicofarmacológico

En el año 1952 se introdujo el primer antipsicótico descubierto de manera accidental por Denker y Delay en París, descubrieron que la Clorpromazina disminuía las alucinaciones y delirios, por lo cual puso fin a todas las terapias que se hacían anteriormente como lobotomías frontales, hidroterapias y terapia de coma insulínico que traían tantas soluciones como problemas. Desde que se introdujo la clorpromazina en 1954 a Estados Unidos esta fue sintetizada e introducida en compuestos similares que son los antipsicóticos de primera generación, de ahora en más, APG, lo que permitió un avance en la creación de antipsicóticos que se dividen en APG de alta potencia como el haloperidol, la trifluoperazina y la pimozida, junto con los de baja potencia que son la tioridazina, clorpromazina y levomepromazina (Healey, 2002). La introducción en 1980 de la clozapina tuvo como consecuencia la creación de los antipsicóticos de segunda generación, de ahora en más, ASG, que incluyen a la risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, paliperidona, sertindol, clozapina y aripiprazol. La diferencia entre estos grupos de antipsicóticos de primera y segunda generación, es que los ASG tienen una eficacia por sobre los síntomas negativos, prevención de recaídas y mejoría de los efectos extrapiramidales en comparación con los APG. (Remington, 2003).

May (1968) sostiene que en el tratamiento de la esquizofrenia la utilización de psicofármacos posibilita la aplicación de métodos psicoterapéuticos tradicionales en fases agudas del trastorno, estas intervenciones deben pensarse en base a la fase y gravedad de los síntomas del paciente. Los antipsicóticos mejoran los síntomas delirantes o psicóticos de la esquizofrenia y previenen las recaídas. En la actualidad existen antipsicóticos típicos y atípicos. Los típicos si bien efectivos no son un tratamiento de primera opción dado que un pequeño porcentaje de pacientes responde a dichos antipsicóticos, a su vez, causan efectos adversos agudos y crónicos, se utilizan solo en aquellos pacientes que tienen una excelente respuesta a estos fármacos constatada en algún antecedente sin haber tenido efectos secundarios de gravedad, actúan sobre el receptor dopaminérgico y como tienen una gran probabilidad de desarrollar efectos extrapiramidales, el umbral de ocupación debe estar entre el 65 y 80% para no generar EPS (Sharif, 1998). Por otro



lado, los antipsicóticos atípicos o de segunda generación también afectan negativamente la calidad de vida del paciente debido a sus efectos adversos, así como también, hay ciertas limitaciones en su eficacia, estos actúan como antagonistas serotoninérgicos-dopaminérgicos lo que explica una mayor eficacia y menor tendencia a producir efectos extrapiramidales.

Desde la estrategia psicofarmacológica se propone el uso de la clozapina en pacientes diagnosticados con esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias dado que disminuye el consumo y dependencia de las mismas, no funciona de la misma manera con otros antipsicóticos dado que los autores afirman que en estudios anteriores sólo la clozapina fue capaz de disminuir el consumo de nicotina, drogas y alcohol en pacientes diagnosticados con esquizofrenia que estaban bajo tratamiento dual. Otro de los beneficios que se adhieren a la clozapina es que disminuye los síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia con consumo de sustancias psicoactivas, por último, en una de sus conclusiones afirman que, aquellos pacientes que sólo recibieron tratamiento psicológico para su patología dual tuvieron peores resultados en comparación con pacientes medicados con clozapina y que realizaban tratamiento psicológico al mismo tiempo. (Drake, Xie, McHugo & Green, 2000).

Desde la estrategia psicoterapéutica Chinchilla Moreno (2007) refiere establecer una fuerte alianza terapéutica, así como también, psicoeducación individual y familiar, entrenamiento en habilidades sociales e intervención de tipo motivacional.

Según Sanz y Del Río (2010), la farmacología desde el control de los síntomas que afectan al pensamiento es un factor esencial en el plan de tratamiento para los pacientes que sufren este trastorno. El plan de medicación se debe hacer de manera individual atendiendo a las necesidades y respuesta de cada paciente dado que varía de acuerdo a la sintomatología, se debe tener en cuenta también a la hora de diseñar un abordaje farmacológico que los efectos adversos de la medicación no influyan con la calidad de vida que pueda llegar a tener el paciente en cuestión, dado que una de las prioridades a tener en cuenta es mantener la calidad de vida del sujeto dentro de los rangos aceptables de acuerdo a su condición y factores subjetivos y objetivos. La intervención del tratamiento farmacológico debe planearse de manera sólida, teniendo en cuenta que la variedad de disfunciones que caracteriza al trastorno esquizofrénico, no se manifiesta de igual manera en todas las personas, ni tiene la misma evolución (Petkari, 2010).

Montaño, Nieto y Mayorga (2013) sugieren que aunque los ASG son más eficaces que los APG no se puede predecir exactamente que paciente va a responder mejor a un antipsicótico, por

lo cual el fármaco a elegir debe ser estudiado para cada paciente individualmente buscando que no solo se alivien los síntomas delirantes sino también los síntomas negativos, el deterioro de las funciones cognitivas que impide el funcionamiento eficaz en la sociedad, para que así el paciente pueda reintegrarse a sus actividades anteriores con el menor impacto y mayor funcionalidad posible. Todos los fármacos que actúen sobre el receptor dopaminérgico tienen eficacia antipsicótica por lo cual se infiere que las líneas de investigación dentro de la farmacología que se desarrollen fuera de este receptor serán utilizadas como acompañantes o adyuvantes para combinarlo con el antipsicótico de elección.

En los estudios realizados por Mc Glashan, Miller & Woods (2001), definen a los antipsicóticos como antiesquizofrenicos dado que pueden interferir con el curso deteriorante de la enfermedad si se cumple con el tratamiento establecido, dado que aquellos pacientes que no realizan tratamiento farmacológico tienen síntomas psicóticos que duran más tiempo por lo cual existe un deterioro progresivo mucho más avanzado y un peor pronóstico que aquellos pacientes que cumplen con el tratamiento antipsicótico.

### 3.5. Abordaje Psicoterapéutico

Montaño, Nieto, & Mayorga, (2013), explican que desde los dispositivos de hospitales de día y centros de rehabilitación como lo es un hospital neuropsiquiátrico, se implementan tratamientos farmacológicos combinados con psicoterapia y terapia ocupacional. En estos dispositivos se toman en cuenta no sólo los síntomas propios del trastorno mental del paciente, sino que se integran también aspectos de su dimensión cognitiva, social y ocupacional, aun así, existen algunos síntomas que no mejoran tales como, aplanamiento afectivo, apatía, anhedonia, estos síntomas se resisten a cualquier tipo de tratamiento y es lo que determina la cronicidad del trastorno. Siguiendo con esta línea Awad (2008) explica que, a pesar de la efectividad ya comprobada de las intervenciones farmacológicas, esta se debe complementar con medidas de soporte psicosocial como lo es, tener una vivienda adecuada, un soporte económico y distintos programas de rehabilitación. Un paciente que recibe un tratamiento interdisciplinario tiene una mejoría mayor que el 65% de los pacientes que sólo cursan un tratamiento farmacológico.

García y Pérez (2003), explican que no se puede realizar un tratamiento psicológico si se excluye al entorno y el contexto cultural del paciente, dado que no sólo es necesario intervenir en la sintomatología del paciente, sino que también se deben disminuir las necesidades. Es necesario

incluir a la familia dado que este núcleo también tiene consecuencias directas que se relacionan con el padecimiento mental del sujeto, su economía, relaciones personales, dinámica de roles, se ven modificadas desde el momento en el que el paciente esboza los primeros síntomas de la enfermedad.

En las intervenciones psicológicas propuestas por la guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental (2008), se pretenden los siguientes objetivos; disminuir la vulnerabilidad del sujeto diagnosticado con esquizofrenia, disminuir el impacto de las situaciones y eventos estresantes, aumentar la adherencia al tratamiento, reducir el riesgo de recaídas, mejorar estrategias de comunicación y habilidades para afrontar la enfermedad. Con respecto al entorno familiar, como se mencionó anteriormente el objetivo principal es brindar una red de apoyo en donde puedan atender las situaciones emocionales que se producen durante el desarrollo del trastorno psiquiátrico. (Montaño, Nieto, & Mayorga, 2013).

Actualmente el tratamiento más utilizado es la combinación de medicación antipsicótica y terapia psicológica (Pérez Álvarez, 2012). La terapia cognitivo conductual (TCC) demostró mayor eficacia en la reducción de los síntomas positivos en comparación con otras corrientes terapéuticas utilizadas. En los años 50 se utilizó la corriente sistémica y la teoría de la comunicación humana y doble vínculo para abordar esta sintomatología, pero los resultados no fueron eficientes dado que esta línea de psicoterapia se basa en aspectos negativos y carenciales, culpando al sistema familiar sobre la situación del individuo. A partir de este rechazo surgen intervenciones que se centran en la orientación familiar, las cuales dejan de lado la búsqueda etiológica de la esquizofrenia y se enfocan en características contextuales como el estrés agudo y las emociones expresadas, es por eso que las intervenciones psicoeducativas con la familia tienen resultados favorables dado que detecta los síntomas de alerta y prevención en conflictos familiares.

Vallina y Lemos (2001) explican que la terapia cognitiva conductual es la más eficaz para este trastorno, dado que reduce la angustia y la interferencia de síntomas delirantes en el funcionamiento normal del individuo, junto con la psicoeducación le proporciona las herramientas necesarias para entender las cogniciones que impactan directamente en las emociones, promoviendo conductas y experiencias correctivas mediante nuevos aprendizajes brindándole al paciente y a su familia habilidades adaptativas. Desde la TCC se trabaja en la evaluación para establecer una aproximación que acepte la creencias y emociones del paciente, se deben desarrollar estrategias de afrontamiento cognitivo conductuales con el fin de reducir tanto la duración,

Commented [AB8]: Revisar formato de margen

intensidad y frecuencia de los síntomas psicóticos junto con sus consecuencias emocionales, con respecto a los síntomas psicóticos, se deben desarrollar nuevas comprensiones de la experiencia delirante que facilite el manejo de la enfermedad mediante el entendimiento. Con respecto a los delirios se debe buscar una respuesta explicable para dar sentido a las experiencias específicas que padece el sujeto diagnosticado con trastorno por esquizofrenia. La autoestima también es uno de los puntos que trabaja la TCC dado que la desmoralización, ansiedad y depresión son síntomas predominantes para mantener los delirios y alucinaciones, por último, se maneja el riesgo de recaída facilitando un mejor desarrollo personal y reduciendo el empeoramiento del trastorno.

Martínez, Moreno y Soriano (2004), explican que este enfoque terapéutico produce adherencias, disminuye las recaídas y ayuda al paciente y a su familia entender los cambios que este padecimiento conlleva, a su vez, proporciona las herramientas necesarias para insertarse en un tratamiento y seguirlo adecuadamente. La TCC se recomienda incluso en aquellos pacientes que no desarrollaron ningún síntoma psicótico pero que tienden a tener síntomas estresores o ansiosos que puedan desencadenar en un síntoma delirante dado que la TCC previene la ingesta de psicofármacos y acelera a la recuperación cuando se practica junto con los cuidados estándar. Aparte de estar indicado para sujetos sin patologías desarrolladas, la TCC se usa en programas para pacientes psicóticos crónicos y aquellos con diagnóstico dual, esquizofrenia y abuso de sustancias, a su vez, se recomienda que las personas que estén a cargo del sujeto padeciente puedan realizar también este tipo de terapia dado que mejora la sintomatología.

Beck, Rector, Stolar y Grant (2010) refieren que en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia los procesos cognitivos de atención, resolución de problemas y memoria, se encuentran afectados, y aunque los antipsicóticos son eficaces no afectan a los síntomas negativos y al deterioro funcional. Los autores antes mencionados sostienen que el modelo basado en la recuperación es más efectivo, dado que se divide en tres categorías, establecer relaciones personales, encontrar trabajo o retomar los estudios y hacer una vida con total independencia. Con respecto a las alucinaciones y delirios, se reduce el caudal emocional depositado en las ideas delirantes y por último se adapta el modelo cognitivo al paciente teniendo en cuenta su historia clínica y el funcionamiento neurocognitivo, dentro de las estrategias centrales del modelo cognitivo conductual, el abordaje psicoterapéutico debe incluir; Rehabilitación Cognitiva el cual tiene como objetivo el cuestionamiento de las creencias (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2010),

Psicoeducación se enfoca en aumentar el insight y desarrollar conocimiento de su enfermedad, y por último el entrenamiento en Habilidades Sociales, el cual apunta a impedir la desvinculación del individuo, manteniendo sus vínculos cercanos (Montaño, Nieto, & Mayorga, 2013) dado que los pacientes que fueron entrenados en habilidades sociales disminuyeron los síntomas negativos (Turner, Van der Gaag, Karyotaki, & Cuijpers, 2014).

Aparte del enfoque terapéutico cognitivo conductual, se agregan también otros enfoques que se relacionan con la mejoría de los déficits que presentan las personas diagnosticadas con esquizofrenia, específicamente la terapia psicológica integrada de Brenner como lo explica Belloso (2012). Roder y Brenner (1996) desarrollaron un programa llamado *Terapia Psicológica Integrada (IPT)* que está compuesto por 5 subprogramas en los que el paciente participa en una dinámica grupal, los subcompuestos son, diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales, estos tienen el objetivo de desarrollar habilidades cognitivas básicas, luego transformar estas habilidades en respuestas verbales y sociales, y por último, utilizar estas habilidades adquiridas en los ámbitos sociales más complejos dado que logra reducir la desorganización delirante.

Sumado a esto, la terapia con *Mindfulness* basada en dirigir la atención del practicante hacia el momento presente, resultó tener beneficios en varias patologías mentales cuando se realiza con el tratamiento bajo el marco de la TCC, como resultado, este doble abordaje tiene un efecto beneficioso a la hora de disminuir la sintomatología psicótica (Sánchez Rodrigo, 2018). En un estudio realizado por Strauss et. al. (2015) determinaron que los niveles de ansiedad provocados por las alucinaciones auditivas fueron disminuyendo, así como también los síntomas negativos presentes en el diagnóstico de esquizofrenia, como beneficios, adhieren que el mindfulness reduce el deterioro cognitivo, mejora la memoria de trabajo y atención, por lo cual mejora el bienestar personal debido al manejo de síntomas y experiencias psicóticas al aumentar la comprensión del diagnóstico.

Otro enfoque que también se utiliza es la terapia psicodinámica, en donde los pacientes tienen la facultad de conocerse a sí mismos como sujetos, reconociendo los puntos a favor o fortalezas dado que facilita el insight, la transferencia y la actividad de apoyo o directiva. Es una

Commented [a9]: Oración muy larga, reudcir

Commented [a10R9]:

Commented [AB11]: ¿?

Commented [AB12]: Ver redacción

actividad que se lleva a cabo de manera individual, con un terapeuta flexible que use la técnica menos estricta que la que habitualmente se utiliza en el psicoanálisis ortodoxo (Álvarez, 2007).

Recientemente las terapias expresivas o arte terapia que son técnicas basadas en la utilización de mecanismos de simbolización, comunicación y expresión mediante el uso de expresiones artísticas bien sean, musicales o corporales, tienen beneficios que son sustanciados por Sanz y Del Río (2010) que explican que la actividad artística se puede expresar independientemente del estado de salud del humano, por eso al introducirse en un espacio terapéutico da la sensación de un espacio de *normalidad* a diferencia de otros enfoques que relacionan este espacio terapéutico con enfermedad, en el arteterapia se movilizan capacidades y recursos expresivos comunicacionales que están en el paciente pero que dado a su condición no se pueden poner en acción, esto permite que el sujeto haga visible estos recursos y los aproveche para su propio desarrollo personal y beneficio máximo.

Al tener en cuenta que la esquizofrenia no es una enfermedad curable sino controlable, se puede trabajar no sólo en la desaparición del trastorno sino en mejorar la percepción que tiene el sujeto padeciente de sí mismo sobre la situación para poder lograr una integración exitosa con el entorno social. Es un proceso de recupero de la autonomía y no un proceso de estabilización de síntomas (Sañudo, Herrero, Lamas & Franco, 2010). Lo que va a determinar el abordaje de la enfermedad es la gravedad de los síntomas del paciente y su historial médico, dado que si es un paciente que presenta varias recaídas se debe ser cuidadoso al desarrollar la labor psicoterapéutica para poder lograr la estabilización y reintegración del paciente en la sociedad (Quintero, 2011).

Petkari (2010) afirma que lo que determina la efectividad a futuro de todas las intervenciones que se realicen desde el ámbito farmacológico o psicoterapéutico son, la reducción de la sintomatología delirante para poder estabilizar al paciente y afrontar los efectos adversos de la medicación y así reducir el impacto de la enfermedad para el sujeto y su entorno, dado que, se debe mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de la persona.

### 3.5.1. Abordaje interdisciplinario en el tratamiento de Esquizofrenia

Carballeda (2010), explica que la interdisciplina en salud mental es el lugar desde donde se construye un diálogo para generar la intervención mediante un punto de encuentro, es crear un equipo de trabajo que sostenga estos espacios de dialogo donde cada integrante hace un aporte

desde su singularidad, es importante el trabajo interdisciplinario para desestimar la tendencia al trabajo individual.

Falcone (2010) explica que, entre los antecedentes del trabajo interdisciplinario en Argentina, hay datos de que, en 1927, Fernando Gorriti crea la Liga de Higiene Mental con el propósito de actualizar el tratamiento de los alienados y así igualar los progresos que se obtuvieron en el ámbito de la medicina general. Con el antecedente alemán de la psiquiatría abierta en 1929 se pone en vigencia en los consultorios externos del hospicio de las Mercedes, una de las funciones de la liga de higiene mental es crear servicios de asistentes sociales para pacientes de menor gravedad, en este programa los asistentes sociales realizarían la prevención de trastornos mentales, fichas psíquicas y perfiles psicológicos para arribar a un tratamiento y diagnóstico correspondiente, a su vez, quien estuviese encargado del paciente tendría que visitar el domicilio del mismo para agregar información al posible diagnóstico, en esta visita el asistente social tendría que prevenir situaciones como la invalidez, falta de recursos alimenticios o de vivienda, si bien existía un gran aporte desde las obras de beneficencia se hace un corte y se requieren sujetos que tengan un conocimiento científico específico para poder llevar a cabo las tareas antes mencionadas.

En 1946 Ramon Carrillo abandona la beneficencia y convierte a la asistencia médica en obligación del estado y propuso cambios en la asistencia social y pública en 1957 como lo fueron la prevención de enfermedades neuropsiquiátricas, investigación científica de las mismas, asistencia integral a los enfermos mentales y colaborar de manera activa con la recuperación y rehabilitación social de los enfermos. En esta misma línea de tiempo, se proponen nuevas técnicas que relacionan el contexto del sujeto con la finalidad de estudiar el clima social entre pacientes internados, grupos directos y familias de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, inclusión de la familia en el tratamiento y psicoterapia individual. Paulatinamente se propone un criterio multidisciplinario en donde se busca internar al paciente de algún trastorno mental la menor cantidad de tiempo posible y seguir con el tratamiento a través de los consultorios externos con el fin de no excluir al paciente del mundo exterior para que no pierda su autonomía e independencia en su totalidad, se cuestiona el encierro de la llamada psiquiatría manicomio y se hace un puente entre la medicina tradicional con la sociología para recoger nuevas experiencias y perspectivas (Falcone, 2010).

Commented [AB13]: Ver formato de margen

Tal como lo afirman Raimondi, Alcoba y Todaro Kicyla (2012), en Argentina el principal dispositivo de atención a los enfermos mentales es el hospital monovalente con la lógica hegemónica del encierro, una lógica de exclusión, la OMS en el 2001 explicó que, de acuerdo a las investigaciones y avances científicos realizados, no existía ningún motivo ético o científico que justifique el encierro o exclusión de la persona con enfermedad mental de la sociedad. Los cupos para los enfermos mentales en hospitales polivalentes son del 7,1%, mientras que en los comunitarios es del 3,9%, esto quiere decir que los cupos para asistir a los enfermos mentales se encuentran todavía en su mayoría en hospitales monovalentes, lo que representa el 89% de las camas disponibles. Uno de los factores a los que se relaciona este porcentaje es que los hospitales no monovalentes no están preparados para asistir a los padecientes mentales de manera óptima, comenzando por el dato de que algunos hospitales polivalentes no cuentan con una guardia psiquiátrica o psicología en su establecimiento.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones (2010) explica que la calidad de vida de los sujetos con trastornos mentales que están internados en establecimientos psiquiátricos es peor que aquellos que viven y siguen insertados en la comunidad, sin embargo, a pesar de que un paciente se recupere y vuelva a sus funciones habituales de manera óptima, la calidad de vida sigue siendo mala dado que los factores sociales como la discriminación y el estigma siguen estando en la actualidad.

La ley 22.914 titulada *personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos*. creada en 1893 es la antecesora de la actual *Ley Derecho a la Protección de la Salud Mental* (26.657, 2010). Las diferencias encontradas entre estas dos leyes residen no sólo en la actualización del trabajo interdisciplinario, sino también que en la Ley 22.914, las internaciones de las personas se podían hacer de manera involuntaria mientras que un representante legal estuviese de acuerdo en que era una intervención apropiada, otra de las diferencias encontradas es que los permisos de salida y altas del paciente debían ser informadas y autorizadas por el juez, así como también, que en las historias clínicas se debían dejar plasmadas aquellas evaluaciones periódicas para el tratamiento y otros datos relevantes como índice de peligrosidad, diagnóstico, pronóstico y fechas de internación y egreso.

Como diferencia en la Ley actual, *Derecho a la Protección de la Salud Mental* (26.657, 2010), existen distintos protocolos a tener en cuenta para las internaciones. Aquella internación de manera involuntaria se puede realizar siempre y cuando cumpla con los siguientes criterios, debe



ser el último recurso intentado, con una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, esta internación debe estar validada mediante la firma de profesionales de diferentes disciplinas, junto con un informe acerca de las instancias previas, y la ausencia de otras alternativas para su tratamiento, se debe informar al juez en un plazo máximo de 10 horas sobre la internación involuntaria que se esté llevando a cabo y siempre buscar los nexos que tiene el paciente por fuera de la institución de salud mental. Con respecto a las salidas y altas, el equipo interdisciplinario no tiene la necesidad de informarlo al juez, pero si tienen la obligación de informar de manera periódica mediante informes sobre las internaciones, estado y pronóstico de los pacientes internados voluntaria o involuntariamente.

La actual ley de salud mental en Argentina está vigente desde el 2010 y contempla los derechos que tienen los pacientes que padecen alguna enfermedad mental en los distintos órganos públicos y privados del territorio, reconoce a los pacientes mentales como sujetos de derecho y a su vez establece distintas pautas para homogenizar el tratamiento que deben recibir estos pacientes. En el Capítulo V, artículo 8 de la Ley antes mencionada explica que el paciente deberá estar a cargo de un equipo interdisciplinario conformado por, psicólogos, enfermeros, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales y otras disciplinas que tengan relación con la mejoría del paciente a ser tratado por un padecimiento mental. Este abordaje psicofarmacológico tiene como objetivo reducir el impacto de las experiencias delirantes que generan un gran estrés y angustia al paciente para poder mejorar el funcionamiento en sociedad del sujeto. Ley de Protección de la Salud Mental (26.657, 2010).

Commented [AB14]: Revisar redacción y cuestiones de formato en todo el escrito

#### **4. Metodología**

##### 4.1. Tipo de Estudio

El presente trabajo es descriptivo, de análisis de caso único y de tipo profesional.

##### 4.2. Participantes

En la presente investigación se abordó el análisis de un paciente de 39 años que ingresó al servicio de emergencias en el año 2006 desde un centro de detención judicial por agudización de su cuadro psiquiátrico por consumo de sustancias psicoactivas. En repetidas ocasiones abandonó el tratamiento. Su última internación fue de manera involuntaria en el mes de marzo del 2018 con una duración de 3 meses ya que abandonó por fuga. El paciente retomó el tratamiento psiquiátrico

por consultorios externos luego de 2 meses, de manera voluntaria. El equipo de profesionales tratante estuvo conformado por un médico psiquiatra, el cual hace 15 años que trabaja en el servicio de internaciones y un licenciado en psicología con orientación en psicoanálisis, quien tiene 17 años ejerciendo su profesión en el servicio de consultorios externos. Dichos profesionales trabajaron junto con el paciente durante su internación y luego del último abandono, trabajan actualmente en consultorios externos de manera mensual, abarcando el modelo clínico-psiquiátrico.

El paciente de 39 años, se desempeñaba como vendedor ambulante, con nivel de estudios secundarios incompletos. Su grupo conviviente está conformado por su madre y dos hermanos menores y residían en la zona oeste del Gran Buenos Aires. El comienzo de su enfermedad se sitúa a los 18 años luego de que el paciente atravesara una serie de eventos estresores como, finalizar una relación sentimental con su pareja, la muerte de su padre, consumo de sustancias psicoactivas de larga data y una encarcelación. En los registros por guardia se indican episodios de excitación psicomotriz, alucinaciones auditivas intrapsíquicas de contenido delirante y episodios de agresividad, de los cuales no existen ejemplos, pero se infiere estos síntomas pudieron ser producto de un síndrome por abstinencia

#### 4.3. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en el presente trabajo fueron, la observación no participante en el espacio de consultorios externos y datos de la historia clínica del paciente, de la cual se recabó información sobre los datos correspondientes a la anamnesis, información socio-demográfica, intervenciones terapéuticas realizadas, internaciones anteriores y entrevistas realizadas a la madre del paciente. A su vez se realizaron entrevistas semiestructuradas al equipo interdisciplinario tratante, conformado por un médico psiquiatra y un licenciado en psicología, tomando como ejes los datos sobre el diagnóstico, diagnóstico diferencial, rol de la familia con respecto al tratamiento, intervenciones realizadas en la internación del paciente en el servicio de emergencias e intervenciones realizadas desde el tratamiento ambulatorio en consultorios externos.

#### 4.4. Procedimiento

La observación no participante se realizó durante la asistencia del paciente a las consultas externas, fueron 3 consultas que se realizaron con una frecuencia mensual. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron sólo al médico psiquiatra al finalizar el horario laboral para no interferir en la labor diaria dentro del servicio, la duración de la entrevista fue de 45 minutos. Con

Commented [a15]: Describir mejor la participación de los profesionales y características

respecto al psicólogo, este se rehusó a realizar una entrevista de manera formal, pero se pudo recabar información de manera informal en los espacios de supervisión de los profesionales, este punto se profundizará más adelante. De la historia clínica se pudo recabar información sobre las intervenciones realizadas por el equipo tratante durante la internación del paciente, así como también, información sobre su grupo conviviente, entrevistas realizadas a la madre durante la internación del mismo y seguimientos y cambios del paciente con respecto a su tratamiento.

## **5.Desarrollo**

### 5.1. Consideraciones Iniciales

Juan es un paciente de 39 años, con secundario incompleto, abandonando en 1er año de secundaria por haber repetido el mismo. Cuando el paciente tenía 18 años atravesó una serie de eventos estresores tales como la muerte de su padre, el término de una relación sentimental de 2 años junto con el nacimiento de su hija que nunca conoció y la encarcelación por hurto y agresión en vía pública. Desde la historia clínica, el paciente ingresó por primera vez al hospital mediante una internación involuntaria derivada desde el penal en donde cumplía una condena por robo y agresión en vía pública. Desde el año 2006 y hasta la actualidad, el paciente no mantuvo una continuidad en su tratamiento dado que siempre lo abandonaba por fuga y consumo de sustancias. En estudios realizados en el Reino Unido, explican que el 17,9% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, habían consumido drogas como, cannabis, cocaína y alcohol. Este consumo favorece a la descomposición delirante y como consecuencia los pacientes tienen más internaciones por año, afectando con más, frecuencia a los hombres menores de 37 años (Fielitz et. al., 2010). El paciente y su grupo familiar sitúan el comienzo de su enfermedad junto con el consumo de sustancias psicoactivas durante este año de acontecimientos. La última internación se realizó de manera involuntaria y terminó con el abandono del paciente, por lo cual, se considera un alta de tratamiento por abandono. La esquizofrenia se suele manifestar en la adolescencia tardía o adultez temprana y que como se pudo recabar, existen en la historia clínica del paciente indicadores de un peor pronóstico, los cuales son, un comienzo brusco a temprana edad, bajo nivel de estudios y predominio de síntomas negativos, los cuales se evidenciaron solo al inicio de su enfermedad (Pardo, 2007).

Su grupo conviviente está conformado por su madre y sus dos hermanos menores con quienes reside en una zona humilde de la provincia de Buenos Aires, el sostén económico recae en los distintos aportes sociales que realiza el estado para personas vulnerables de bajos recursos, a su vez, el paciente desempeña la venta ambulante de manera informal. A pesar de seguir con tratamiento farmacológico, actualmente no mantiene una continuidad en el tratamiento ambulatorio a través de los consultorios externos del hospital neuropsiquiátrico donde fue atendido en varias ocasiones.

## 5.2. Análisis de la sintomatología y diagnóstico del paciente al momento del ingreso a consultorios externos del hospital neuropsiquiátrico

A continuación, se analizará y describirá la sintomatología y diagnóstico del trastorno esquizofrénico comórbido con consumo de sustancias, esta información se recabó en los tres encuentros mantenidos por el médico psiquiatra y el paciente a través del servicio de consultorios externos de un hospital neuropsiquiátrico. El abordaje interdisciplinario propicia lugares de dialogo en donde, se deja de lado la individualidad de cada profesional y se piensa desde todas las perspectivas en un mismo trastorno, (Carballeda 2010). En este caso y como se describirá más adelante, la única intervención que se llevó a cabo continuamente fue la farmacológica, por lo cual no existen registros de un abordaje interdisciplinario en el caso de Juan.

Transcurridos 2 meses desde el abandono de la última internación, el paciente acude al servicio para continuar su tratamiento a través de consultorios externos por lo cual, a través de la observación no participante de los 3 encuentros mantenidos entre el médico psiquiatra y el paciente se pudo recabar que, en este primer encuentro, el paciente estaba aseado, vestido inadecuadamente para la estación climática atravesada, dado que el paciente estaba con ropa de invierno a pesar de ser verano, a su vez, orientado en tiempo y espacio, esto se pudo comprobar ya que el psiquiatra evaluó esta capacidad al preguntarle cómo había llegado al hospital, que se presentara y dijera en dónde estaba al momento de la consulta.

El paciente refirió tener dificultades para conciliar el sueño y al momento de explicar el motivo de consulta el paciente no pudo completar las frases hechas y cambiaba de tema todo el tiempo. Estos síntomas son, falta de atención y dificultad para concretar las tareas, los cuales se complementan con los síntomas positivos, negativos y alteraciones de las funciones cognitivas propias del trastorno esquizofrénico, (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Commented [AB16]: Revisar redacción

El pedido del espacio clínico estuvo motivado por la realización de un certificado que incluyera su diagnóstico y el tipo de incapacidad para poder renovar un certificado que avala una pensión monetaria por discapacidad. Aparte de este pedido el paciente refiere también sentirse mejor, dado que, estuvo de viaje por el sur junto con unos familiares y explica que *vengo para que me hagan el certificado, poder cobrar e irme otra vez porque es otra cosa la vida allá*. Cuando el médico psiquiatra indaga un poco sobre este viaje, encuentra que los tiempos no concuerdan entre el abandono y el tiempo transcurrido, dado que el paciente explicó que estuvo más de 4 meses en los cuales refiere que a través de la religión pudo dejar la medicación y relata, *desde que me fui del hospital, me fui para que mi tía y estuve 4 meses sin necesitar ninguna pastilla, viviendo del campo. Mi tía que estaba allá me dijo que nada más necesitaba de Dios para poder estar bien y que dejara las pastillas así él (Dios) me podía ayudar mejor*. Este relato anteriormente descrito se relaciona con los síntomas positivos, los cuales son alucinaciones y delirios que pueden ser de contenido místico, en los que se pierde la percepción de la realidad y estos pueden acompañar al sujeto en forma de síntomas psicóticos residuales relacionados con el contexto, es lo que Pardo (2007), llama *fase residual*, (Owen, Sawa y Mortensen, 2016).

Al momento de este primer encuentro a través de consultorios externos luego del abandono por fuga de la internación, el paciente refiere estar realizando la compra y venta ambulante para poder subsistir, *estoy tranquilo, haciendo la mía, voy recogiendo cobres, metales, papel, todo lo que pueda para hacer plata, ¿vivo?*. Al momento de preguntarle sobre su grupo familiar, el paciente cambia de emocionalidad, cruza los brazos, la mirada se vuelve agresiva, se frota las manos con los codos, lo cual se describe como un signo de ansiedad y explica que transcurrido un tiempo de haber terminado una relación sentimental con su pareja de ese entonces, recibe una llamada del padre de su ex novia en el cual, el paciente relata que, *El padre de María me llamó como a las 10 de la mañana para decirme que ella iba a parir y que yo era el padre, cuando llegue a las 13 horas las busqué por todo el hospital y ya no estaban, desde ese entonces recorro casi todos los días ese hospital preguntando por ellas. Yo sueño con mi hija, la busco por todos lados, a veces cuando veo a alguien que se le parece le pregunto si es mi hija*.

En este caso se infiere que en este relato el paciente presenta ideas delirantes de tipo persecutorias que están estructuradas bajo una temática que es coherente para él. El paciente nunca conoció a su hija y aun así afirma saber cómo luce físicamente. Aparte de esto, la familia del paciente desconoce de la relación sentimental que refiere el paciente. La esquizofrenia de tipo

paranoide se relaciona con lo descrito anteriormente, es la preocupación por una o más ideas delirantes que puede presentar o no sintomatología positiva o negativa sin desorganizar el comportamiento del sujeto, (Petkari, 2010).

El segundo encuentro se realizó de manera espontánea, aproximadamente al mes de la anterior, motivado por la búsqueda del certificado de discapacidad anteriormente mencionado, aparte de este motivo el paciente también asiste para continuar con su tratamiento farmacológico. Se mantuvo una observación no participante del encuentro entre el médico tratante y el paciente. El paciente al enterarse que el certificado no estaba disponible para ser retirado, cambió su predisposición hacia el espacio terapéutico, refirió querer retirarse dado que, estaba perdiendo tiempo al estar en la consulta y lo podía emplear de mejor manera en la recolección en la calle, esta manifestación se relaciona con que, el paciente diagnosticado con esquizofrenia tiene pérdidas de interés y motivación que se pueden relacionar con la permanencia en el tratamiento de la enfermedad, (Montaño, Nieto y Mayorga, 2012).

El psiquiatra pudo explicar la situación y mantener un espacio de consulta orientado a la situación económica actual del paciente, el cual refiere haber solicitado un préstamo, *estaba caminando por zona sur y unos chicos me dijeron que podía tener un prestado de 60.000 pesos para comprar lo que yo quisiera, y aparte de eso me dieron unas tarjetas de esas que uno compra y no paga*. El paciente, a través de una financiera adquirió un préstamo a cuotas junto con unas tarjetas de crédito, *Tengo una yo, una mi hermana, y una mi mamá, yo se las di y les dije que compraran lo que quisieran que después veíamos*. El psiquiatra evaluó su capacidad para el manejo del dinero indagando sobre los ingresos fijos del paciente y sobre el conocimiento de los préstamos financieros e infirió que, probablemente no esté capacitado para poder solventar esas deudas a lo que el paciente exclamó *Doc, quédese tranquilo, que yo veo como resuelvo para pagar todo esto, aparte yo compré unas máquinas de jardinería para hacer unas changas*. En estos relatos descritos anteriormente queda expuesto como el paciente tiene dificultades en la flexibilidad cognitiva, planificación y coordinación en la ejecución de tareas, que, relacionado con la impulsividad propia de la esquizofrenia de tipo paranoide y un bajo nivel de estudios, puede tener como consecuencias el manejo inapropiado del dinero, (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013).

En este segundo espacio, a su vez, el paciente pregunta por qué se encontraba un tercero presenciando la consulta, a la cual el médico responde que se trata de una estudiante en formación para ser psicóloga y el paciente refiere *Yo no tuve buenas experiencias con psicólogos, ninguno*

*me supo decir porque yo me acuerdo que estaba pequeño e iba en la camioneta con mi papá y me tuvieron que esconder porque venían los militares y cuando me desperté estaba en el hospital.* Mientras realizaba este relato el paciente lloró, su respiración era más fuerte y rápida, y no podía mantener una posición estable mientras explicaba, este episodio lo lleva a relatar que tuvo ideas sobre matar al hermano dado que en un episodio de violencia familiar el paciente refiere, *los espíritus me decían que lo matara, así todos íbamos a estar más tranquilos, pero vino mi mamá y se me olvidó, cuándo me molesto mucho siento que los espíritus me agarran y me dicen que los mate, pero después me calmo y se van.* Ambos relatos se infieren son síntomas positivos psicóticos en los cuales el paciente pierde la percepción de la realidad mediante ideas de contenido delirante que pueden ser intrapsíquicas o alteraciones del contexto, (Owen, Saga y Mortensen, 2016).

El tercer y último espacio terapéutico estuvo pautado desde el mes anterior para hacer la entrega del certificado por discapacidad al paciente, en este último encuentro el paciente refiere tener muchas ganas de conocer a su hija y relata que, *casi todos los días voy al hospital de niños a preguntar por María, pero me dicen que no tienen ningún registro, yo me quedo dando vueltas, pero no las veo.* El paciente relata sentirse agitado, *no tengo paz, no me puedo quedar tranquilo, siempre tengo que hacer algo, cuando me acuerdo de mi hija me da rabia porque María no me dijo nada y yo la quiero conocer, le quiero contar todo lo que he pasado hasta este momento y que siempre la busqué.* Al momento de realizar este relato el paciente se muestra agitado, con respiraciones rápidas y cortas, los ojos llenos de lágrimas y temblor de reposo en las piernas.

En este último encuentro queda explicitada la sintomatología propia del diagnóstico de esquizofrenia de tipo paranoide, el paciente mantuvo durante los 3 encuentros, la preocupación por una idea delirante que es coherente y que se estructura bajo una temática conocida para él, en este caso, el querer conocer a su hija la cual, según el paciente, tiene 18 años y no existen pruebas ni registros de su nacimiento (Owen, Saga y Mortensen, 2013). Desde el 2013, en la última actualización del DSM V, los subtipos de la esquizofrenia no se encuentran descritos dado que los límites establecidos entre subtipos eran difusos y no mantenían una estabilidad a lo largo del tiempo, (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Al terminar el tercer encuentro, el psiquiatra hace entrega del certificado correspondiente y también le explica sobre los síntomas propios del trastorno que padece los cuales, lo van a seguir acompañando, a modo de intervención psicoeducativa.

### 5.3. Descripción de las intervenciones realizadas por el equipo interdisciplinario tratante durante el tratamiento del paciente

El paciente estuvo internado en un hospital neuropsiquiátrico que cuenta con servicios como, guardia psiquiátrica, servicios de internación para pacientes agudos, programas de rehabilitación y ofrece también tratamientos ambulatorios a través del servicio de consultorios externos. La primera internación del paciente data en el año 2006, cuando este tenía 18 años. Trasladado desde un penal en donde estaba recluso por antecedentes penales, al momento del ingreso el paciente presentaba una descompensación psicótica, que según lo analizado en la historia clínica, el paciente no entendía cómo había llegado al penal, no recordaba lo sucedido, había temblor de reposo, alucinaciones visuales y auditivas relacionadas con delirios místicos, el paciente relataba como distintos espíritus lo habían llevado a cometer el acto ilícito y que lo incentivaban a automutilarse.

Al momento del ingreso el paciente admite haber estado consumiendo drogas. En esta primera internación el paciente fue diagnosticado con un síndrome delirante crónico comórbido con consumo de sustancias psicoactivas, luego de algunos meses este diagnóstico cambia a esquizofrenia de tipo paranoide. El diagnóstico diferencial se llevó a cabo dado que, el síndrome delirante crónico no es incapacitante para la persona, en este trastorno, y ligado a un consumo de sustancias, las ideas delirantes deben cesar cumpliendo el debido tratamiento, a diferencia de la patología dual, en la cual el paciente mantiene una fase residual a pesar de estar en tratamiento antipsicótico por ser una característica propia del trastorno mental (Pardo, 2007).

En esta primera internación, la intervención de mayor peso fue la farmacológica, dado que se buscaba aminorar la actividad psicótica, poder compensar al paciente para poder realizar las intervenciones correspondientes. En el registro se encuentra que se le administró, loracepam, haloperidol, risperidona, zolpiclona y clorpromazina. En este caso se ve explicitado que el paciente mantenía un tratamiento combinado entre antipsicóticos de primera y segunda generación. Sanz y Del Río (2010), explican que el plan farmacológico se tiene que basar en las individualidades de cada sujeto padeciente atendiendo a sus necesidades y respuestas. Drake, Xie, McHugo y Green (2000), demuestran que, en pacientes con trastorno esquizofrénico comórbido con consumo de sustancias, que fueron medicados debidamente con clozapina, disminuyeron sus dependencias a la droga consumida y a su vez, disminuía los síntomas positivos y negativos propios del trastorno.



Al analizar la historia clínica no se encontraron registros de que el paciente fuese medicado con clozapina a pesar de tener este beneficio confirmado, se infiere que probablemente haya sido por los efectos adversos que este antipsicótico de segunda generación acarrea.

Luego de 1 mes en la guardia por falta de camas en los servicios de internación, el paciente es admitido formalmente en el hospital y se realiza la entrevista de admisión en la cual se especifica que, el paciente estaba orientado, podía distinguir con facilidad en donde estaba y como había llegado, con juicio desvalido, el paciente no podía tomar ninguna decisión por sí mismo de manera racional, y eutímico, el paciente no presentaba comportamiento ni lenguaje desorganizado, ni tampoco síntomas positivos o negativos, su emocionalidad se encontraba dentro de los rangos normales según lo explicitado en la historia clínica.

Admitió haber empezado a fumar a los 13 años y consumir drogas desde los 15, dentro de los antecedentes de consumo se encuentran, marihuana, cocaína, inhalación de nafta y poxipol. Cuando el paciente comenzó a consumir, su hermano a los pocos años también consumió y lo mantuvieron en secreto hasta la internación del paciente. Weisser et. al. (2007) explican que fumar marihuana durante la adolescencia aumenta el riesgo entre 2 y 3 veces de desarrollar algún trastorno psicótico. Desde el momento del ingreso del paciente al hospital se hicieron varios intentos por trasladarlo a una unidad especializada en tratamiento para adicciones, pero estos pedidos fueron rechazados por falta de espacio en dicho centro de especialización. El paciente abandona esta internación por fuga y en el 2010 se reinterna voluntariamente. En este periodo de transición entre la ley anterior y la actual con respecto a la salud mental en Argentina, se vio plasmado en la historia clínica del paciente dado que, en el año 2011, desde el juzgado nacional civil se pide por primera vez un informe con estado actual, evolución y pronóstico, diagnóstico, relevamiento social y familiar y por último, cualquier otro escrito por el equipo tratante, el cual se responde aclarando que el paciente se encontraba compensado, con vínculos por fuera del hospital y que una externalización no se podía llevar a término dado que no exista una vivienda asegurada por fuera del hospital.

En la Ley Derecho a la Protección de la Salud Mental (26.657, 2011) especifica que, el paciente debe ser dado de alta en cuanto el equipo interdisciplinario considere que el tratamiento del paciente puede ser continuado a través de consultorios externos, a su vez, especifica que, en ningún caso, una internación debe ser prolongada por tener problemas de vivienda. Las intervenciones farmacológicas y psicológicas se deben complementar con medidas de soporte

psicosocial, como lo es, el tener una vivienda adecuada, que en el caso del paciente era inexistente, Awad (2008).

En el año 2011 el paciente abandona el tratamiento y regresa al servicio a los pocos días de manera voluntaria, pasados 6 meses, se otorgó el alta médica y el paciente fue trasladado a un hotel dado que, los vínculos por fuera del hospital no eran funcionales para una convivencia. En este intento de alta, el paciente no logró una continuidad del tratamiento a través de consultorios externos y es reinternado en el año 2012 de manera involuntaria bajo la sintomatología de alteraciones sensorio-perceptivas, angustia e inestabilidad. García y Pérez (2003), refieren que no se puede pensar una intervención psicológica excluyendo al entorno del paciente del tratamiento dado que, no sólo se tiene que intervenir en la sintomatología del paciente sino también incluir a la familia y al contexto directo ya que, estos tienen consecuencias directas sobre el padecimiento. El diagnóstico presuntivo fue descompensación psicótica y los informes son firmados por un médico, un psicólogo y un trabajador social. El paciente continúa con su internación hasta el año 2018, año en el cual se fuga en reiteradas ocasiones, y se interna por última vez de manera involuntaria. Al momento de ingresar presentaba ideas suicidas y había atacado en la vía pública a un hombre, los cuales son síntomas presentes en la esquizofrenia, (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Desde el departamento de psicología, en la historia clínica sólo existe una intervención que data del año 2006, en donde se le administró una prueba gráfica proyectiva, el cual tiene como registro un informe que especifica, *falta de confianza en sí mismo, baja autoestima, preferencia por el pasado, aislamiento, falta de control intelectual de los impulsos y adaptación a las normas, fallas en el contacto con la realidad y disfuncionalidad para establecer relaciones interpersonales*. Se finaliza el informe con el diagnóstico presuntivo de psicosis. En la historia clínica no se especifica qué tipo de prueba se le administró al paciente y como anexo a la misma se encuentran unos registros que corresponden a la prueba proyectiva psicométrica Casa, Árbol, Personal, por lo cual se infiere se relaciona directamente con el informe descrito. Con respecto al psicólogo del servicio, el mismo se rehusó a realizar una entrevista de manera formal para abarcar la sintomatología e intervenciones realizadas al paciente. Se estima que el psicólogo hace 5 años que se encuentra en el servicio de internaciones en donde fue atendido el paciente tratante en el caso y tiene una orientación psicoanalítica. Álvarez (2007) explica que no sólo la terapia cognitivo conductual tiene efectos positivos sobre el paciente, sino también, la terapia psicodinámica dado que facilita el insight y la transferencia. Al indagar sobre las intervenciones psicológicas realizadas

por este profesional al paciente, el psicólogo infiere que durante la internación no se realizó ningún tipo de tratamiento o intervención psicológica dado que el espacio no fue pedido por el paciente, desconoce acerca de su diagnóstico y lo diferencia de los demás pacientes por la etiqueta *el que se fuga* haciendo énfasis a los reiterados abandonos de tratamiento por el paciente. Desde la observación no participante, el psicólogo del servicio sólo atiende a 1 paciente internado y en reiteradas ocasiones lo cataloga como *su favorito* en frente de los demás pacientes, a su vez, el psicólogo atiende a la mayoría de los pacientes que llegan de manera ambulatoria a través de consultorios externos. Según Awad (2008), Pérez Álvarez (2012), Montaña, Nieto y Mayorga (2013), y demás autores mencionados en el marco teórico, especifican que, toda intervención farmacológica sirve para estabilizar al paciente y continuar con un tratamiento psicológico, el cual demostró tener más eficacia, el que se realiza bajo el marco de la terapia cognitivo conductual, a su vez, Awad (2008), especifica que el 65% de los pacientes que reciben un tratamiento interdisciplinario tiene una mejoría mayor que aquellos pacientes que sólo realizan tratamiento farmacológico, por lo cual, el no realizar un abordaje psicológico dentro del trastorno esquizofrénico tiene como consecuencias recaídas y abandono de tratamiento.

Con respecto al médico psiquiatra, hace 15 años que trabaja en el hospital neuropsiquiátrico, alternando entre la guardia y el servicio de internaciones. Hace 3 años que ingresó al servicio donde se encontraba el paciente y explica que tanto como el paciente analizado como el resto, son pacientes heredados haciendo referencia a la manera de trabajar que tienen en el servicio, dividir cierta cantidad de pacientes entre los médicos psiquiatras. Desde su lineamiento, trabaja en los espacios de consulta bajo el marco cognitivo conductual, pero refiere que la medicación es lo que va a llevar al paciente a la cura. Con respecto al paciente en específico, el profesional refiere que no se pudo establecer un vínculo satisfactorio dado que no está de acuerdo con el lenguaje y los modos de expresarse que el paciente usa y lo etiqueta como *tumberito, villero*.

Al indagar sobre las intervenciones realizadas con la familia y contexto del paciente, refiere que no realizó ninguna porque la madre del paciente tiene rasgos depresivos y no la cree una persona capaz, si bien el profesional tratante estaba al tanto de que el paciente tenía su vínculo materno y un vínculo sentimental por fuera del hospital, decidió que no era pertinente involucrarlos por conflictos de larga data expuestos en la historia clínica del paciente. Según García y Pérez (2003) en el caso de ambos profesionales, se debe realizar un tratamiento interdisciplinario que abarque al contexto del paciente dado que estos vínculos se ven modificados desde que el paciente

esboza los primeros síntomas de la enfermedad, y es necesario trabajar sobre ellos al pensar una posible estabilidad que conlleve a una externalización satisfactoria del paciente esquizofrénico. El profesional de la psiquiatría informa que el paciente nunca realizó un tratamiento psicológico de continuidad, sólo se le brindaba la atención correspondiente en el departamento de guardias y admisión, pero mientras estuvo internado sólo se realizaba la intervención farmacológica. Desde las intervenciones realizadas en el servicio de internación, los pacientes deben ser atendidos bajo la disciplina del equipo interdisciplinario, al momento de realizar el análisis del caso, el equipo tratante del paciente sólo estaba conformado por el médico psiquiatra dado que no había trabajadora social desde hace más de 1 año porque se había jubilado, a su vez, el psicólogo no realizó ningún tratamiento dado que no había sido solicitado por la parte interesada, y la única intervención que está llevando a cabo el paciente analizado es la farmacológica de manera esporádica.

#### 5.4. Análisis del rol del contexto familiar y social en relación al abandono del tratamiento del paciente

El paciente actualmente cuenta con una red social compuesta por su madre, su hermano y su hermana menor, a su vez, mantiene un vínculo sentimental desde hace 8 años con su pareja quién es una ex paciente de otro hospital neuropsiquiátrico para mujeres. En las primeras internaciones el paciente mantenía un vínculo cercano con su madre, la cual se involucró durante los primeros años de tratamiento de su hijo. Los conflictos se encuentran registrados en la historia clínica dado que el psiquiatra tratante en ese entonces mantuvo entrevistas con la madre del paciente en las cuales, la madre implica que debía ser ella la responsable de administrar el dinero percibido por la pensión por discapacidad que tiene su hijo dado el trastorno psiquiátrico que padece, al negársele este pedido, la relación entre el paciente y su madre se torna conflictiva, dado que la madre creía necesario tener ese dinero en su voluntad para administrarlo de mejor manera.

Wynne et. al. (1958) refiere que en familias muy estructuradas donde no se permiten cambio de roles, como en el caso del paciente que cumple con el rol del sustento económico por ser el mayor de los hermanos, se puede desencadenar lo que este autor llama *pánico esquizofrénico agudo*, el cual se expresa a la hora de cambiar con el mandato establecido dentro de la familia. En los antecedentes familiares, la madre tuvo varios episodios depresivos nunca tratados y dependencia a la nicotina descrita por el paciente, *a mi vieja le puede faltar de todo, pero siempre*

*la vas a ver con un pucho en la mano* Su hermano pocos años menor, se desempeña en el rubro de la construcción y tiene antecedentes por consumo de sustancias y antecedentes penales por tenencia y distribución de drogas. Su hermana menor al momento de las entrevistas realizadas al paciente, estaba realizando el curso de ingreso a la universidad, el paciente describe que su hermana no padece de los conflictos que los agobian al resto de la familia, *ella es la buenita, estudia, hace lo que tiene que hacer, ayuda en la casa, no es como todos nosotros, no sé a quién salió*. Por último, su padre muere cuando la paciente tenía 18 años de una patología cardíaca nunca tratada que derivó a un infarto. Biagini (1994) explica que la familia puede llegar a cumplir un papel patógeno para el individuo porque es el sistema que filtra la mayor parte de las experiencias de los sujetos y puede ser considerado como factor de riesgo. Viven en una zona humilde del gran Buenos Aires, en una vivienda propia de 2 ambientes.

El sostén económico recae en los distintos planes sociales que obtiene la familia por parte del estado y los oficios informales que llevan a cabo el paciente y su hermano. Awad (2008) describe que el paciente debe contar con una vivienda adecuada y un soporte económico para poder realizar una intervención efectiva, en el caso del paciente analizado, este cuenta con una vivienda propia que comparte con sus familiares, no se investigó sobre las condiciones, pero se presume, no son las adecuadas dada la situación económica del paciente. Aparte de esto, desarrolla el comercio informal como entrada extra de los programas sociales monetarios percibidos por él y su familia.

El paciente refiere que cuando tenía 18 años fueron varios los acontecimientos que tuvo que atravesar, pero al que se refiere con más énfasis es al hecho de haber terminado su relación sentimental anterior y no haber podido conocer a su hija. En la historia clínica durante la entrevista que se le hizo a la madre del paciente, esta alega nunca haber conocido a la pareja anterior de su hijo, refiere no haber estado enterada del vínculo que tenía y que tampoco cree posible que haya tenido una hija dado que para ese entonces el paciente estaba consumiendo drogas, *mi hijo siempre estaba duro, se iba de gira y no volvía en 3, 4 días*.

Cuando se realizaron los distintos intentos por externalizar al paciente, no se tuvieron en cuenta estos vínculos dado que podían llegar a ser potencialmente contraproducentes dado que, la madre en palabras del paciente era muy entrometida, *mi vieja se metía en todo, me revisaba la ropa, cuando llegaba me olía, me pedía plata para comprar cigarros, no me dejaba dormir*. Kuipers y Bebbington (1988) explica que en familias con altos niveles de sobreinvolucramiento

donde no se percibe al paciente como un ser capaz, se puede generar un retroceso en la independización del sujeto padeciente. En uno de los espacios de consulta en el cual se realizó la observación no participante, el paciente relata un episodio de violencia familiar en el cual tuvo alucinaciones intrapsíquicas, *estaba haciendo unas milanesas y mi hermano me desconectó el gas porque no puse plata y no pude terminar de cocinar las milanesas, entonces me entraron una ganas de matarlo, los espíritus me decían que lo matara así todos íbamos a estar mejor, pero en eso vino mi vieja y se me olvidó.* En el relato expresado anteriormente aparte de relacionarse con la sintomatología positiva propia de la esquizofrenia, se relaciona también con lo que Bellack y Mueser (1993) llaman un *círculo vicioso* dado que, cuando el paciente esquizofrénico responde con conductas disruptivas a familiares con altas emociones expresadas, estos responden a estas conductas con estrés, lo que tiene como consecuencia la exacerbación de síntomas en ambas partes, lo cual se pudo ver plasmado en el episodio de violencia familiar descrito anteriormente entre el paciente y su hermano.

Cuando se le consulta sobre qué hacer cuando estos espíritus aparecen, él explica que no cuenta con nadie, *en mi casa nadie me ayuda, yo soy el loco, por eso a veces duermo en el patio para no joder a nadie, cuando me siento bajoneado, con ganas de llorar y que las voces me hablan me voy a caminar así no jodo a nadie porque las veces que pedí ayuda me ignoraron.* Existen familias con bajas emociones expresadas y que, al contrario de las familias con altas emociones expresadas, estas no son favorables tampoco para el sujeto dado que, estas familias no se relacionan con el bienestar del paciente, no muestran interés alguno en convivir con el paciente y pueden aumentar los síntomas negativos, (Kuipers y Bebbington, 1988). En el caso del paciente analizado, la familia no demuestra tener interés alguno, ni en la convivencia ni en su bienestar. Cuando se indaga sobre la posición de su familia con respecto a todas las internaciones que terminaron la fuga, el paciente refiere que, *a mi familia no le importa si yo estoy haciendo tratamiento o no, ellos lo que quieren es guita para poder seguir haciendo lo que hacen hasta ahora cada vez que me fugué del hospital trataba de dormir en la calle para no llegar y que me pidieran plata.* Leff et. al. (1989) explica que aquellos pacientes que volvían a convivir con familiares directos que percibían al sujeto padeciente como menos competente y más vulnerable por su enfermedad, tenían la probabilidad de volver a recaer entre los 9 meses y los 2 años de convivencia.

Commented [AB17]: Aclarar esta frase

## 6. Conclusiones

### 6.1. Resumen del desarrollo

A partir del desarrollo del presente trabajo se ha podido analizar el caso de un paciente diagnosticado con esquizofrenia de tipo paranoide comórbido con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas comenzando por su sintomatología al momento de comenzar el tratamiento ambulatorio luego de un abandono por fuga, siguiendo por las intervenciones realizadas por el médico psiquiatra durante las internaciones del paciente y finalizando con el rol del contexto en relación a los reiterados abandonos de tratamiento del mismo. Al analizar este material se recabó información de la observación no participante de los encuentros mantenidos por el psiquiatra y el paciente y mediante el análisis de la historia clínica. Mediante la finalización de la práctica y la relación de conceptos entre lo recabado y lo plasmado en el marco teórico, se infiere que, desde la primera internación en el 2006, el paciente no ha realizado un tratamiento psicológico que le brinde las herramientas necesarias para poder relacionarse dentro de los parámetros normales con su entorno. Son varios los autores que mencionan que el tratamiento adecuado para el trastorno esquizofrénico es una combinación entre la medicación farmacológica y la psicoterapia cognitiva conductual, entre los autores mencionados se encuentran (Awad, 2008; Pérez Álvarez, 2012; Montaña, Nieto y Mayorga, 2013).

Según la Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental (26.657, 2010), los padecimientos mentales deberán ser atendidos por un equipo interdisciplinario que tiene como objetivo reducir el impacto de las experiencias delirantes que generan estrés y angustia al sujeto, para beneficiarlo en su funcionamiento social, desde esta perspectiva se supone que profesionales del ámbito psicológico, enfermería, psiquiatría, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales deben trabajar en conjunto para poder realizar intervenciones eficaces. En el caso del paciente analizado sólo se realizaron intervenciones de carácter farmacológico en las cuales no estuvieron involucrados ningún miembro de su red social. Se podría inferir que, una de las causas de que el paciente abandonase en reiteradas ocasiones el espacio de tratamiento es porque no tuvo la contención ni las herramientas necesarias para comprender o superar el diagnóstico que lo acarrea. Solamente el 35% de los pacientes tratados con la intervención farmacológica exclusivamente, como es el caso del paciente analizado, responden de manera adecuada (Awad, 2008).

Commented [AB18]: Ver modo de cita

Por otro lado, al no tener una red social lo suficientemente soportativa y comprensiva para proporcionar un soporte emocional, se dificulta el poder llevar a cabo intervenciones eficaces en el contexto sobre el cual se desenvuelve el sujeto. Según lo descrito por Lolic y Leiderman (2008) la esquizofrenia es uno de los trastornos más excluidos porque se la relaciona con estereotipos negativos como agresividad e impulsividad, a su vez, sí el contexto en el cual se desenvuelve el padeciente contiene altas emociones expresadas, puede llegar a ser potenciador de estrés. En el caso del paciente analizado, se concluye que, el contexto en el cual el sujeto se desarrolla, es un medio con altas emociones expresadas, la madre es una persona intrusiva, que reacciona de manera intolerante ante las conductas del paciente y a su vez, tiene dificultad para tolerar y comprender la enfermedad de su hijo padeciente, así mismo el hermano muestra signos de agresividad e impulsividad como los que se describieron en el episodio de violencia familiar.

Sumado a esto, el paciente sigue consumiendo drogas de inhalación como nafta o poxipol, lo cual favorece a la descomposición psiquiátrica y al riesgo de tener más internaciones por año que aquellos pacientes que no consumen drogas (Fielitz et. al., 2010). Con respecto a la sintomatología, en el paciente predominan los síntomas positivos residuales como la idea de los espíritus que lo incitan a matar, y dentro del espectro paranoide se encuentra la idea que acompañó los tres encuentros mantenidos entre el psiquiatra y el paciente, la preocupación de no poder conocer ni encontrar a su hija de 18 años la cual nunca conoció. Según Owen, Sawa y Mortensen (2016), los síntomas positivos tienen a tener un mejor pronóstico que los negativos, pero la diferencia entre ambos es que en los síntomas positivos, pueden persistir de manera residual a largo plazo cuando se relacionan con el contexto, sumado a esta idea, Petkari (2010) explica que la idea paranoide se estructura bajo un contexto que es coherente para el sujeto y que puede no tener desorganización comportamental como consecuencia, es por eso que se infiere que, el paciente presenta síntomas positivos residuales que están relacionados no sólo con la idea de su hija de 18 años sino también, con las ideas delirantes intrapsíquicas como los espíritus que le sugieren hacer determinados actos y también las ideas delirantes de tipo místico relacionadas con la ayuda de Dios para dejar la medicación y cursarse.

## 6.2. Perspectiva crítica y aporte personal

Durante el desarrollo de la práctica se pudo observar como los profesionales de la salud mental invertían más tiempo en temas burocráticos relacionados con la Ley de Protección a la

Commented [AB19]: Frase confusa



Salud Mental (26.657, 2010) que en intervenciones con los pacientes internados en el servicio, a su vez, se observó que aun luego de casi 9 años de establecida la ley, siguen existiendo dudas con respecto a los informes a realizar, el llenado de las historias clínicas y los diagnósticos establecidos con respecto al porcentaje de incapacidad que pueda llegar a tener. Por otro lado, la mayoría de los pacientes internados superan los 5 años de internación en el servicio, no cuentan con vínculos estables por fuera del hospital ni vivienda asegurada por fuera del mismo por lo cual y en contraposición a uno de los puntos establecidos por la Ley de Protección a la Salud Mental (26.657, 2010), varios de los pacientes internados se encuentran estables, manejándose funcionalmente dentro de la sociedad, pero no se llega a pensar en una externalización o alta de tratamiento dado que no cuentan con los medios suficientes para poder sostener la manutención de un alquiler y los gastos básicos de la supervivencia.

Desde el aporte personal, el haber realizado la practica en un hospital neuropsiquiátrico publico permitió no solo la comprensión sino también el vivenciar la dinámica de las intervenciones interdisciplinarias en algunos padecientes mentales internados, el cual no fue el caso del paciente analizado, dado que este sólo mantuvo intervenciones farmacológicas durante y luego de su internación. Él trabajó permitió el entendimiento de los prejuicios y consecuencias que tienen los trastornos mentales en el sujeto que los padece y en su red social más cercana, a su vez, permitió entender también que las intervenciones no se deben realizar sólo con el sujeto diagnosticado sino también con su círculo social dado que, estos también sufren de manera directa los síntomas de quien los padece, a su vez y con respecto al contexto, se llegó a la conclusión de que si el paciente no tiene una red social lo suficiente soportativa puede llegar a tener un peor pronóstico. Se considera también que, para un mejor funcionamiento, el equipo interdisciplinario debe contar con un jefe de servicio quien supervise las intervenciones que se llevan a cabo por cada uno de los integrantes y velar también por el cumplimiento de la Ley de Salud Mental actual, para así llevar a cabo intervenciones más eficaces que lleven a una estabilización y probable mejoría del paciente. A su vez, se sugieren jornadas de actualización en lineamientos teóricos psicológicos que se basen en la evidencia de la eficacia de las distintas ramas de la psicología para los trastornos mentales, así como también se deberían crear espacios de supervisión para los profesionales de la salud mental para poder explayar sus ideas, prejuicios o pensamientos que tienen acerca de los pacientes, un espacio que vaya más allá de la planeación de la estrategia del tratamiento. Por último y no menos importante, se sugiere al equipo interdisciplinario específico

Commented [AB20]: Contradice un poco lo que refiere acerca de que lo único que se observó fue la intervención del psiquiatra

en donde se realizó la práctica profesional tomar una postura de promoción de la salud mental y practicar la interdisciplinariedad o en su defecto, practicar el rol que le corresponde a cada profesional dentro del servicio con cada uno de los pacientes internados, dado que cada paciente en particular sufre de un afectamiento mental que repercute en todas las esferas de su vida y que en muchos casos la única red de apoyo con la que verdaderamente cuenta este paciente es el equipo de profesionales tratante en el hospital neuropsiquiátrico, es por eso que los profesionales deberían adoptar una postura de prevención de recaídas y realizar estrategias de tratamiento que vayan más allá de la estabilización de síntomas agudos positivos con la estrategia farmacológica, que si bien es eficiente, no es la más duradera ni eficaz a largo plazo.

### 6.3. Nuevas líneas de investigación

Como análisis del presente trabajo se sugirieron nuevas áreas de interés que puedan llegar a ser usadas como perspectivas en futuras investigaciones. Se propone la investigación de la relación entre el abandono recurrente de pacientes psicóticos en las internaciones cuando no se realiza tratamiento interdisciplinario, haciendo foco en la intervención psicológica, a su vez, se propone también investigar aspectos que puedan mejorar el nivel de alianza terapéutica en los dispositivos de internación de pacientes agudos para mejorar su adherencia al tratamiento, se propone por último también, investigar sobre los posibles niveles de frustración de los profesionales en el área de la salud con respecto a los reiterados abandonos y reinternaciones de los pacientes agudos.

### 6.4. Limitaciones

Con respecto a este apartado se puede inferir que, durante la realización de la práctica de habilitación profesional para la licenciatura en psicología en el hospital neuropsiquiátrico para pacientes masculinos ubicados en la ciudad de Buenos Aires, nunca se realizó un acompañamiento psicológico por parte de los profesionales de esta área en el servicio donde se realizó la práctica, por lo cual, las intervenciones descritas anteriormente están sesgadas desde la psiquiatría dado que es la única intervención que se realizó sobre el paciente analizado. Por otro lado, en el mismo servicio de internación no existió una continuidad entre los profesionales de la salud, es decir, no concurren en días ni horarios específicos, esto se relaciona a que, durante la mayoría de la realización de la práctica, el servicio no contó con jefe de servicio dado que no estaba asignado

Commented [AB21]: corregir

por temas burocráticos del hospital y su directiva. Con respecto a la infraestructura, cuando se realizaban los espacios terapéuticos entre psiquiatra y paciente, se podía escuchar la conversación del consultorio de al lado dada la arquitectura del lugar, acarreando situaciones de incomodidad dado que el paciente creía ser escuchado desde el otro lado y no podría preservar su intimidad. Por último, resultó dificultoso relacionar alguna de las actividades realizadas durante la práctica con el marco teórico y los objetivos escogidos.

## 7.Referencias

- Álvarez, A. (2007). La psicoterapia psicodinámica de la esquizofrenia. *Revista Psimonart*. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso. 11-24
- Álvarez, J.. (2018), Esquizofrenia y Delincuencia: Análisis de la Jurisprudencia del Tribunal Supremo entre 2008 y 2018. *Revista Internacional Jurídica y Empresaria*, 2,81-126.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (DSM-5). Madrid: Panamericana.
- Awad, G. (2008). Calidad de vida en esquizofrenia: conceptos y medidas para la práctica clínica. *Revista psiquiátrica de Uruguay*, 72(2), 121- 129.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2010). *Esquizofrenia. Teoría Cognitiva, Investigación y Terapia*. Barcelona: Paidós.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schiz Bull*, 19(2): 317-336.
- Belloso, J. (2012). *Intervención terapéutica en el trastorno mentalgrave. Perspectivas teóricas*. Clínica Contemporánea, 3(1), 3-23.
- Biagini Alarcón, M. (1994). Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muniz*, 17(4).
- Carballeda, A., J. (2001). La Interdisciplina como dialogo. Una visión desde el campo de la salud. *Revista de Trabajo Social del Hospital Alvear*, 23.
- Chinchilla Moreno, A. (2007). *Las Esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Crow, D. T. (1980). Molecular Pathology of Schizophrenia: More Than One Disease Process?. *British Medical Journal*, 280(6207), 66-68.

- Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Green, A. I. (2000). The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(02), 441-449.
- Duke, P. J., Pantelis, C., McPhillips, M. A., & Barnes, T. R. (2001). Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 179(6), 509-513.
- Durand, V. M., Barlow, D. H., Hernández, J. C. P., & de Pezzolato, M. G. (2007). *Psicopatología: Un enfoque integral de la psicología anormal*. Monterrey: Paraninfo.
- Esbec, E., & Escheburúa, E. (2016). Violencia y Esquizofrenia: Un Análisis Clínico-Forense. *Anuario en psicología jurídica*, 26(1), 70-79.
- Falcone, R. (2010). "Historia de la Psicología en Argentina. Cruce de influencia europea y carácter nacional". Bicentenario. Ayer y hoy en la Psicología (pp.11-22). Buenos Aires: Editorial de la UCES.
- Fielitz, P., Suárez, H., Escobal, M., Frontini, M. L., López-Rega, G., Navarro, V., Rodríguez-Formoso, L., Storch, A., García, D., & Do Campo, O. (2010). Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastornos psicóticos ingresados en sala de emergencia psiquiátrica. Hospital Vilardebó. Montevideo, Uruguay. *Rev Chil Neuro-psiquiatría* 48(2)106-113.
- García, J. & Pérez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 107-122.
- Healy, D. (2002). *The Creation of Psychopharmacology*. (pp. 77-96). Cambridge MA, London: Harvard University Press
- Heinrichs, R. W. (2005). The primacy of cognition in schizophrenia. *The American Psychologist*, 60(3), 229-242.
- Kuipers, L., Bebbington, P. (1988). Expressed emotion research in schizophrenia theoretical and clinical implications. *Psychol Medicine*, 18:893-909.
- Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I. y Vaughn, C. (1989). A trial of family therapy versus a relatives group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 154, 58-66.

Commented [a22]: Es libro?que paginas?

- Ley 22.914 – Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos. Boletín oficial 20/09/1983. Poder Legislativo Nacional, Buenos Aires, Argentina.
- Ley 26.657 – Derecho a la Protección de la Salud Mental. Boletín oficial 25/12/2010. Congreso de la Nación Argentina, Buenos Aires,
- Lolich, M., & Leiderman, E. A. (2008). Estigmatización en la esquizofrenia y otros trastornos mentales. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 19, 165-173.
- Machado, J. & Morales, C. (2013). Patrones de prescripción de antipsicóticos en pacientes afiliados al sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Biomédica. Revista del Instituto Nacional de Salud*, 33 (3), 1-32.
- Martínez, R., Moreno, B. & Soriano, M. (2004). Falta de insight en la esquizofrenia. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 4(2), 146-158.
- May, P. R. A. (1968). Treatment of schizophrenia: A comparative study of five treatment methods. New York: Science House.
- McGlashan, T. H., Miller, T. J., and Woods, S. W. (2001). Pre-onset detection and intervention research in schizophrenia psychoses: current estimates of benefit and risk. *Schizophrenic Bulletin*, 27(4), 563–70.
- Mena Muñoz, A., W., (2018). Deterioro Cognitivo y su Relación con la Esquizofrenia medido por SCIP-S (tesis de grado). Recuperado en Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas.
- Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica* 4(1), 86-107.
- O’Flynn K, Gruzelier J, Bergman A., Siever, J. (2003) The schizophrenia spectrum personality disorders. *Hirsh SR, Weinberger*. Schizophrenia, Oxford: Blackwell Science. 80-100.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Esquizofrenia, No 397. Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P.B. (2016). Schizophrenia. *The Lancet*, 388(10039), 86-97.
- Pardo, V. (2007). Esquizofrenia, Impacto del no tratamiento en la evolución y su vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas. *Revista de Psiquiatría Uruguaya*. 71(1), 83-89.

- Pérez Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema* 24(01), 1-9.
- Petkari, E. (2010). *Determinantes longitudinales de calidad de vida en esquizofrenia: un análisis prospectivo del estudio EUNOMIA*. Tesis doctoral, Universidad de Granada.
- Psicothema*, 13(3), 345-364.
- Quintero, J. Barbudo, E. López, M. & López, J. (2011). La evolución del concepto de Esquizofrenia Resistente al tratamiento. *Actas de psiquiatría*, 39(4), 236-250.
- Raimondi, P., Alcoba, M., A., Kicyla, A. (2012). Inclusión Social en Salud Mental, la concepción y el rol de los trabajadores de Salud Mental. *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 64.
- Remington G. (2003) Understanding antipsychotic 'atypicality': a clinical and pharmacological moving target. *J Psychiatry Neurosci*, 28, 275-84.
- Sánchez Rodrigo, A., J. (2018). Propuesta de Aplicación Simultanea de terapia tradicional e intervención mindfulness (tesis de grado). Recuperado del Repositorio de la Universitat Jaume I (19.10.2018).
- Sandín, B. (2014). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286.
- Sanz, B. & Del Rio, M. (2010). La creación artística como tratamiento de la esquizofrenia: una aproximación metodológica. *Archivos de Psiquiatría*, 73(2), 2-18..
- Sañudo, J., Herrero, S., Lamas, F. & Franco, D. (2010). Calidad de vida subjetiva y síntomas psicóticos básicos en pacientes con esquizofrenia en distintos recursos asistenciales: un estudio preliminar. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 67-72.
- Sharif, Z. A. (1998). Common treatment goals of antipsychotics: acute treatment. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl. 19): 5-8.
- Strauss, C., Thomas, N., y Hayward, M. (2015). Can we respond mindfully to distressing voices? A systematic review of evidence for engagement, acceptability, effectiveness and mechanisms of change for mindfulness-based interventions for people distressed by hearing voices. *Frontiers in Psychology*, 6, 33-40.

- Tajima, K., Fernández, H., Lopez.Ibor, J., Carrasco, J. L., & Diaz-Marsá, M. (2009). Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Esp Psiquiatri*, 37(6), 330-342.
- Turner, D. T., Van der Gaag, M., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2014). Psychological Interventions for Psychosis: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Am J Psychiatry*, 171(05), 523-538.
- Vallina, O. & Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364.
- Weiser M., Reichenberg A, Grotto I, et al. (2004). Higher rates of cigarette smoking in male adolescents before the onset of schizophrenia: a historical-prospective cohort study. *American Journal of Psychiatry*. 161:1219-23.
- Wynne, L. C, Ryckoff, I. Day, J. & Mirsch, S. (1958). Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.