

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo final Integrador

Título: Estudio de caso de una persona con paranoia declarada inimputable.

Alumna: María Gabriela López

Tutor: Verónica Fernández

Buenos aires, Febrero, 2020.

Índice

1. Introducción.	3
2. Objetivos Generales.	4
2.1 Objetivos específicos.	4
3. Marco teórico.	5
3.1 Definición de paranoia.	5
3.2 Curso y transcurso de la paranoia.	7
3.3 Estudio Semiológico del delirio.	10
3.4 Fases de la paranoia y diferencia entre trastorno delirante y reacción paranoide.	12
3.5 Ley de salud mental y criterios de inimputabilidad.	14
3.6 Relaciones entre los momentos históricos y la eficacia del tratamiento psicológico combinado con fármacos.	18
3.7 Terapia psicológica en Paranoia.	21
3.8 Evolución eficaz del tratamiento y detención temprana.	23
3.9 Importancia del tratamiento y avance en los síntomas.	24
4. Metodología.	28
4.1 Tipo de estudio	28
4.2 Participantes	28
4.3 Instrumentos	29
4.4 Procedimiento	30
5. Desarrollo.	31
5.1 Introducción y presentación del caso.	31
5.2 Analizar los síntomas iniciales con los que ingresa el paciente al hospital.	32
5.3 Analizar los criterios utilizados para declarar al paciente como inimputable.	34
5.4 Describir el tratamiento psicológico y psiquiátrico que recibió el paciente durante la internación.	38
5.5 Analizar la evolución de los síntomas durante el proceso de internación.	44
6. Conclusiones	47
6.1 Síntesis del desarrollo.	47

6.2 Limitaciones del trabajo propuesto.	49
6.3 Perspectiva Crítica.	50
6.4 Aporte Personal.	51
7. Referencias Bibliográficas.	53

1. Introducción.

El siguiente trabajo se enmarca en la cursada de la práctica y habilitación profesional V, de la licenciatura en psicología de la Universidad de Palermo, la misma consistió en una pasantía que se llevó a cabo en un hospital neuropsiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires, y se entregó un proyecto final que integro conceptos adquiridos en la carrera vinculada con la practica en la institución elegida; dicho establecimiento, ha sido una de las principales instituciones dedicadas a la salud mental en la República Argentina, así como un importante centro de investigaciones en neurobiología, psicopatología y relaciones entre el psiquismo y el cerebro.

La práctica en esta institución consistió en asistir a una de las salas de emergencia de un hospital neuropsiquiátrico, donde se encontraban hospitalizados pacientes con diferentes trastornos como esquizofrenia y paranoia entre otros; en el decurso de la práctica se asistió a las consultas interdisciplinarias de los pacientes, y se pudo observar la evolución o la no evolución de los internos desde el comienzo de la pasantía.

Durante la praxis, se eligió a un interno para desarrollar un estudio de caso, se seleccionó a un paciente con diagnóstico de paranoia declarado inimputable. Se decidió trabajar con el interno mencionado, puesto que presentaba pensamientos de desconfianza y suspicacia, esto permitió el posterior desarrollo de los conceptos referentes a la paranoia concernientes a este proyecto; debido a que no comprendía la criminalidad de sus actos, se pudo desarrollar los puntos por los cuales el sujeto de estudio, no fue imputado por sus acciones y se explicó el actuar de la ley ante estos casos.

A lo largo de la presente publicación, se describieron los síntomas de la paranoia y el tratamiento farmacológico sugerido para esta patología, se abordó la sintomatología del paciente y se analizó la posibilidad de una externación y reinserción social. La institución donde se realizó la práctica, no contaba con un psicólogo de cabecera para la sala de emergencia donde se desarrolló el estudio de caso, por lo cual, no se amplió en profundidad los beneficios de la terapia psicológica en los diagnósticos de paranoia, se describieron técnicas de la teoría cognitivo conductual (T.C.C), utilizadas por los médicos psiquiatras para el beneficio de los internos, en base a lo descripto, se analizó a lo largo del copilado, la importancia del trabajo multidisciplinario en casos de psicosis y las consecuencias de no contar con apoyo psicológico, tanto en la adherencia al tratamiento, como en la posterior recuperación.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

-Describir el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, llevado a cabo por un paciente que se encontraba hospitalizado, en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires, diagnosticado con paranoia.

2.2 Objetivos específicos

- Analizar los síntomas iniciales con los que ingresa el paciente al hospital.
- Analizar los criterios utilizados para declarar al paciente como inimputable.
- Describir el tratamiento psicológico y psiquiátrico que recibió el paciente durante la internación en el hospital.
- Analizar la evolución de los síntomas durante el proceso de internación.

3. Marco Teórico

3.1 Definición de Paranoia.

Julien (2002) afirma que, la paranoia fue un concepto construido por la psiquiatría clásica que ha perdido valor en la modernidad, a tal punto que ha sido sustituida por el concepto de trastorno delirante. Forrester (2018) sostiene que la paranoia es desconocida para la psiquiatría actual por las características señaladas desde Pinel y Esquirol, la visión contemporánea expone al enfermo como alguien que presenta un pequeño número de anomalías mientras conserva una actividad normal ocupándose de las cosas ordinarias de la vida.

Muñoz (2008) refiere que desde Neisser se explica que la característica de la paranoia es la manera singular de interpretar, esta interpretación presenta desconfianza, no solo en el entorno, si no en las propias formaciones del inconsciente, de manera que todas se rechazan y se mantienen lejos del yo, el paranoico no vacila en decidir, que lo que observa y escucha se refiere a él, no duda de la atribución de los hechos emitidos, no fui yo, fue el otro. El psicoanálisis ha profundizado en esta forma singular de percepción explicándola como un significado personal. Lothane (1995) explica que, Freud describe a la paranoia como una neurosis de defensa, situando a la proyección como su mecanismo fundamental. A partir de ahí, los conceptos de autorreproche, desconfianza y alucinaciones auditivas, tuvieron un lugar explicativo con relación a la paranoia; quince años más tarde, con el texto del presidente Schreber, Freud introduce una nueva teoría: la teoría de la homosexualidad, sostenida por el concepto de narcisismo. Freud plantea al delirio como una reconstrucción del mundo interior del paciente, con esta afirmación se le da al delirio otro sentido al que la psiquiatría le había otorgado. La función del delirio es la de restablecer, reconstruir y remediar lo destruido en el interior de la vida psíquica del paciente.

Julien (2002) explica que, por otro lado Lacan aborda a la paranoia en sus estudios de medicina psiquiátrica, cuando realiza su tesis sobre el caso Aimée, donde plantea que la noción de paranoia está relacionada con la autopugnación o autocastigo. Mantilla (2008) infiere que, Lacan aborda en sus seminarios el caso Schreber negando el origen homosexual en la paranoia y proponiendo la forclusión. Lothane (1995) explica que, la forclusión es un mecanismo específico que opera en la psicosis por el cual se produce el rechazo de un significante fundamental, expulsado del universo simbólico del sujeto. Cuando se produce este rechazo, el significante está forcluido. Se concluyó que los aportes del psicoanálisis a la paranoia, fue ubicar al delirio en un intento de restablecimiento, de reconstrucción del mundo, luego de la desestabilización, tomando en cuenta los aportes de Freud, se determinó que el paranoico persiste en una increencia, lacan retoma este concepto e infiere que en la

paranoia se rechaza, se rehusa, esta posición se encuentra ligada a la forclusión, por lo cual, lo que se encontraba en este cuadro, son las ideas delirantes, a las que el yo del sujeto se va adecuando y que le presentan la exigencia de un trabajo asociativo y explicativo que elimine las contradicciones entre ellas, se produce entonces una alteración del yo, como consecuencia de la formación delirante.

Según lo expuesto por Kraepelin (1856 como se citó en Álvarez, 1985) definió la paranoia como un delirio de comienzo gradual con evolución crónica, la cual se origina por causas internas. Este delirio se caracteriza por ser sistematizado, no presenta deterioro de la personalidad, alucinaciones y tiene como mecanismo la interpretación errónea de la realidad externa. Delacroix (2008) explica que, el concepto otorgado por Kraepelin, ha sido ampliamente utilizado a lo largo de los años, haciendo referencia a personas con comportamientos y pensamientos suspicaces. Díaz y Pérez (2008) refieren que, el concepto más utilizado en la actualidad para definir paranoia es explicándola como un delirio crónico de gravedad variable, que presenta un desarrollo delirante en una estructura determinada y previa de la personalidad.

Álvarez (1985) refiere que, la paranoia, ha tratado de definirse por diferentes tipos de corrientes psicológicas. Por lo que sus posibles causas pueden variar según la perspectiva desde la que se estudie, es por eso que se trabaja con manuales diagnósticos, con el fin de acotar el concepto. Con respecto al uso de manuales, Delacroix (2008) sostiene que, dentro de la práctica clínica de la psicología, el uso de compendios diagnósticos es ampliamente utilizado, con el objetivo de poner nombre a grupos de síntomas y facilitar la transmisión de información a los profesionales. La definición de Kraepelin, adquirió importancia en la psiquiatría y en la psicología, el concepto otorgado por el autor, delimito la noción de paranoia, permitiendo una clasificación más precisa.

Los manuales más utilizados para la clasificación de esta enfermedad son: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), realizada por la Organización Mundial de la Salud (2008), y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta versión (DSM-5), del que se encarga la *American Psychological Association* (APA, 2013). Delacroix (2008) explica que, en la actualidad, el término paranoia no está incluido dentro de estos manuales, ha sido sustituido por los conceptos de delirio y trastorno delirante. Por ello se examina en la CIE-10 (OMS, 2008) qué son los trastornos delirantes y donde se ubica la paranoia dentro de estos. Los trastornos de ideas delirantes recogidos en la categoría F22.0 de la CIE-10, son considerados un grupo de trastornos en los que aparece una idea o un grupo de ideas delirantes en torno a un mismo tema, que tienen como característica la persistencia; la temática de estas ideas, es fija e inamovible, sin embargo no presenta extravagancias

Según la APA (2013), los criterios del DSM-5 para el diagnóstico de paranoia son los siguientes: la presencia de ideas delirantes deben estar presentes durante un mes o más, se descarta el diagnóstico de esquizofrenia, no presenta comportamientos extraños a excepción de los que son consecuencia del delirio, en cuanto a episodios maníacos o depresivos estos tienen menor duración con relación a los periodos delirantes, se descarta que el trastorno sea inducido por sustancias o que sea consecuencia de una enfermedad y, para finalizar, no se puede calificar como un trastorno dismorfofóbico u obsesivo compulsivo. El DSM-5 (APA, 2013) describe siete subtipos de trastornos en función de la temática delirante, estos son: erotomanía, grandiosidad, celotípico, somático, persecutorio, mixto y no especificado.

Valverde (2006) explica que, los pacientes con ideas delirantes sufren lo que se denomina *estructura deformada de la mente*, esto significa, que aspectos irrelevantes del mundo del sujeto se consideran muy importantes y absorben una gran cantidad de la actividad mental y conductual de la persona, Caballo, Buela y Carroples (1995) y Mingote et al. (2007) concuerdan en que las percepciones de los estímulos exteriores son correctas, pero la representación va marcada por la interpretación delirante. Díaz y Pérez (2008) sostiene que la paranoia se caracteriza por un inicio brusco, por lo que cierto día los sujetos comienzan a tener interpretaciones de carácter delirante. Basta un gesto o un ademán, para que la persona infiera juicios sobre la significación de esos detalles insignificantes. Se pasa a desarrollar en el siguiente apartado cuales son los factores desencadenantes de la paranoia.

3.2 Curso y transcurso de la paranoia.

Matilla (2008) explica que, según el psicoanálisis freudiano la paranoia tiene tres fases; fijación, represión y retorno a lo reprimido. La paranoia tiene su origen en la etapa de fijación, esta se da en el estado del narcisismo, por lo que, el regreso desde la homosexualidad hasta este estadio se relaciona con la manera en cómo el paranoico se enfrenta al mundo, su relación con él se encuentra alterada y no muestra ningún interés libidinal en él. Todo el interés está puesto en el yo, de ahí que su descubrimiento de la etapa del narcisismo haya sido tan importante para pensar el mecanismo de la proyección, dicho mecanismo consiste en proteger al individuo de una consciencia personal menos agradable, evitando así una visión negativa de sí mismo a sus propios ojos y ante los demás. Muñoz (2008) y Mantilla (2008) concuerdan en que, el delirio, por otro lado, pone al descubierto los vínculos que hay en la relación social con el erotismo. El psicoanálisis freudiano explica que, los paranoicos se defienden tanto de la sexualización como de sus investiduras pulsionales sociales, el punto débil se encuentra entre el autoerotismo, el narcisismo, y la homosexualidad.

Por otro lado, Mantilla (2008) refiere que, en el psicoanálisis lacaniano, la psicosis es ante todo la paranoia, lo específico de la estructura de la paranoia es la indistinción de lo real, lo simbólico y lo imaginario. Muñoz (2008) infiere que, la psicosis en su relación con la personalidad elige la paranoia porque ésta se manifiesta como un desorden de la relación social. Lacan (1932) define los fenómenos de personalidad a partir de la biografía. Muñoz (2008) sostiene que, la personalidad es la forma con la que el sujeto cuenta su historia y la siente afectivamente, es la autoconcepción del sí mismo. En este sentido, la personalidad se caracteriza por la tensión de las relaciones sociales con la persona, es decir, por el valor representativo que siente el sujeto frente al prójimo. La paranoia es una parte fundamental del lazo social que hace la persona, esta unifica y da cierta estabilidad al yo.

En cuanto a la aparición de la enfermedad, Berrospi, Miralles, Dueñas, Tiffan y San molina (2003) explican que, se puede dar a lo largo de toda la vida adulta, entre los 19 y 80 años de edad. El inicio de la enfermedad es significativamente más temprana en los varones, entre los 33,9 años, respecto las mujeres, el promedio es entre los 46,4 años. Valverde (2006) detalla que, en los inicios de la enfermedad, los pacientes presentan desconfianza y reticencia hacia los demás. El autor sostiene que las ideas erróneas que presentan los pacientes, se denominan delirios. El delirio en la paranoia es producido por un mecanismo de interpretación delirante. Este conjunto de interpretaciones construye un sistema para lógico, el cual se refiere a la asociación de las premisas falsas, con un razonamiento de una lógica rigurosa. Delacroix (2008) concuerda con que estas ideas adquieren fuerza y se vuelven inamovibles, estas ideas arrastran a la personalidad del sujeto, por lo que, se produce una transformación de la relación del individuo con el mundo a través del sistema delirante.

Por otra parte, Díaz y Pérez (2008) infieren que, el delirio surge a partir de una tensión afectiva o conflicto psicoafectivo. En las reacciones paranoides, existe algún evento precipitante, que saca a flote el delirio. Según Caballo et al. (1995) hay dos clases de tensiones precipitantes, *la primera es:* la pérdida real, imaginada o temida de objetos de afecto; ya que, para el paranoico, las personas son objetos, dado que es incapaz de considerar al sujeto como entidad autónoma, con sus propios deseos, inquietudes y puntos de vista. Ejemplos de esta clase son: la pérdida de un negocio o trabajo, separación o fracaso matrimonial, etc. *La segunda,* son eventos que obligan al individuo a someterse pasivamente a una situación repentina, real o imaginaria. Por ejemplo, una situación laboral que exige al sujeto la adopción de un papel pasivo de sumisión.

Por su parte, Vallejo (2003) sugiere cinco situaciones que favorecen el desarrollo del trastorno, en *primer lugar,* son situaciones que aumentan la sospecha y la desconfianza, en *segundo lugar,* se

encuentra, el aislamiento social, en *tercer lugar*, se presentan situaciones, que promueven la envidia y los celos, en *cuarto lugar*, se encuentran situaciones que disminuyen la autoestima, y en *quinto lugar*, se manifiestan las situaciones que llevan al sujeto a ver los defectos en los demás.

Vallejo (2003) sostiene que, cuando estos factores situacionales rebasan el umbral de tolerancia del paciente, se instaura el delirio, que empezará por una etapa de retiro del individuo de su entorno habitual, y en la que se registra un notable grado de ansiedad. Después se produce una cristalización preliminar del delirio; luego una cristalización definitiva, en la que el paranoico crea una pseudocomunidad paranoide, a la que considera que está en contra de él, atribuyéndoles todo tipo de intenciones, motivos y estrategias de conspiración. Por lo tanto, la persona que sufre un delirio, proyecta en una comunidad, contenidos inconscientes que él es incapaz de reconocer en sí mismo.

Caballo et al. (1995) explican que, la convicción del paranoico es desbordada y todo se reviste de significantes que irán incluyéndose progresivamente en su delirio. Es decir, el paciente envuelve la realidad objetiva, con su subjetividad distorsionada. Por lo que, el delirio se presenta para el sujeto como algo lógico, porque parte de hechos y situaciones reales, pero la nota delirante hace que justifique su relato a través de racionalizaciones. Cuanto más inteligente sea el sujeto más elaborado será su relato en torno al delirio.

En cuanto a las características generales del delirio, Álvarez (1985) explica que se dividen en tres, las cuales son: *Perdida del juicio de la realidad*: se recalca que, el juicio de la realidad es la capacidad humana para discernir entre lo real y lo irreal, es por esta capacidad que se puede separar la realidad de aquello que es imaginación o fantasía. El juicio de la realidad está estructurado sobre la razón y experiencias de la realidad de cada persona; en el sujeto delirante, la pérdida del juicio de realidad es la expresión de una profunda alteración de la personalidad, que lo lleva irremediamente a la ruptura de sus relaciones con la realidad. *Contenido casi siempre imposible e irreal*: en cuanto al contenido o tema del delirio suele mostrarse bajo un examen riguroso, en su mayoría la temática no es real. *Se convierte en el eje de la vida*: el delirio, una vez puesto en marcha, se convierte para el sujeto que la padece, en el eje de su vida y su existencia. Gradualmente, todo va girando en torno a su sistema delirante. Para una explicación más detallada sobre el delirio se pasa a desarrollar su semiología.

3.3 Estudio semiológico del delirio.

Gazitua (2007) sostiene que, la semiología, es esa parte de la medicina que trata sobre los signos de las enfermedades, pone el acento entre lo normal y lo patológico. Gazitua (2007) y Olivos (2009) concuerdan en que la semiología del delirio se divide en *evolución, origen, estructura, mecanismo, contenido, grado de deterioro de la personalidad y resonancia afectiva frente al delirio*. Para una descripción más precisa se pasa a desarrollar cada apartado.

Con respecto a la evolución, se dividen en agudos y crónicos, los agudos evolucionan en un periodo de tiempo corto, pueden ser, semanas, días, o a más tardar un par de meses. Por otro lado, los crónicos, evolucionan a lo largo de extensos periodos, pudiendo abarcar la totalidad de la vida del paciente (Olivos, 2009). Con respecto al origen, Bastidas (2004) explica que se dividen en: primitivos y secundarios, los primitivos se presentan al inicio de la enfermedad, por lo que constituyen toda la afección, estos determinarán si los delirios crónicos serán alucinatorios o no. En cuanto a los secundarios, estos aparecen consecutivamente a una enfermedad previa psíquica o somática. En relación al sujeto de estudio, este presentaba una evolución crónica, abarcando una década de su vida, en cuanto al origen, el paciente presentaba un delirio primitivo.

En relación a la estructura Gazitua (2007) sostiene que, esta, representa la forma en que se teje y se organiza la trama del delirio y se divide en sistematizados y no sistematizados. Los sistematizados se caracterizan por ser de marcha lenta y por construir un tema único, con ideas que se mantienen en el tiempo, son inamovibles, coherentes y verosímiles, en el caso del paciente, éste presentó una xenofobia muy arraigada por los inmigrantes que no tenían descendencia europea, el interno aseguraba que toda esta población se dedicaba a la delincuencia, ya que al haber emigrado, eran pobres y sin educación. Por otro lado, los no sistematizados carecen de cohesión y de unidad, son mala o nulamente estructurados, y es por eso, que se los denomina polimorfos, estos delirios presentan algunas características propias como son: variabilidad del tema, versatilidad de las ideas y presentan un discurso no coherente.

En lo concerniente al mecanismo, este es, el elemento básico por el cual se realiza la elaboración del delirio se divide en interpretativo y alucinatorio (Olivos, 2009). Para desarrollar el concepto de estas subdivisiones, es necesario explicar la personalidad humana, Gazitua (2007) sostiene que la misma, puede actuar en dos planos diferentes cuando elabora el pensamiento; el *primer plano* es la lógica intelectual, el cual se refiere a cuando el juicio no es inferido por la afectividad, el *segundo plano*, es el de la lógica afectiva la cual refiere a cuando lo catatímico prevalece y preside la crítica. Se entiende a la catatimia, como un mecanismo compensador que consiste en la deformación de la realidad, según los deseos o temores del sujeto. Es el mecanismo que interviene, cuando la persona

considera a los que aprecia como revestidos de las más exageradas cualidades, y a los que desprecia como cargados de los defectos más viles. Supone una perturbación de las funciones tímicas, las cuales afectan únicamente al humor. En condiciones normales, la razón llama a la realidad, la catatimia pasa a segundo plano y la lógica intelectual se impone.

Gazitua (2007) expone que, en el delirio paranoico, la carga que lo vigoriza y lo mantiene se particulariza, no solo por su intensidad, sino también por su gran estabilidad. Esta superación de la lógica por los afectos presupone que, en el delirante interpretativo, la afectividad tiene que poseer una gran influencia, en relación con la firmeza de las asociaciones lógicas. Es por eso, que el delirante interpretativo realiza falsas interpretaciones de hechos reales, obedeciendo a la lógica afectiva y desplazando a la lógica intelectual, en el caso del interno, éste presentó la convicción, de estar internado por un castigo del gobierno, mencionó en varias oportunidades que se trataba de un complot, ya que, al haber muerto dos personas de nacionalidad paraguaya, no hubo ningún delito. Martínez y Tomas (2016) concuerdan con Gazitua (2007), y explican que en delirio interpretativo predomina el razonamiento lógico, la lógica interna se conserva completamente, es por esta razón que los relatos resultan coherentes. Los delirantes interpretativos, cuando no están reticentes, tienden a mostrar su delirio en forma pormenorizada, con mucha intensidad, seguridad y autosuficiencia.

Por otro lado, Martínez y Tomas (2016) explican que, el mecanismo alucinatorio como productor del delirio, es frecuente en estados agudos, especialmente en estados tóxicos. En las formas delirantes crónicas, en cambio, si bien interviene en la elaboración y mantenimiento de la actividad delirante, no constituye su factor determinante. Olivos (2009) concuerda con Martínez y Tomas (2016), en cuanto a que, en los cuadros crónicos, las alucinaciones frecuentemente auditivas, condicionan el contenido de los delirios, así como el estado de ánimo de los pacientes. La alucinación, no se presenta como único mecanismo del delirio, suele asociarse a otros mecanismos delirantes, como pueden ser: imaginativo, intuitivo, ilusorio, sugestivo y onírico.

Con respecto al contenido, Álvarez (1985) explica que, es la realidad que el delirante crea y no la considera ficción, actúa en base a esta y se aferra a la misma con intensa convicción. La temática está ligada al delirio del paciente. En cuanto a la semiología del contenido, esta se divide en tres: *tono afectivo de la idea delirante*: entendiendo al afecto como el tono emocional, placentero o displacentero que acompaña al paciente; *número de ideas*: por un lado en los delirios sistematizados uniformes, las ideas delirantes son únicas, ya que se caracterizan por la invariabilidad y la continuidad temática, por el contrario en los delirios asistemáticos o polimorfos, las ideas delirantes son múltiples y coexisten entre ellas; *Grado de verosimilitud*: se relaciona con la organización sistemática, en los

delirios estructurados firmemente, su fuente de origen se encuentra en vivencias diarias, esto produce que los delirios se perciban verosímiles, por el contrario en los delirios asistemáticos o polimorfos, suelen caracterizarse por contenidos absurdos y hasta fantásticos.

En cuanto al grado de deterioro de la personalidad, Olivos (2009) refiere que, cuando se realiza un seguimiento a la evolución de la enfermedad a través de un largo período de tiempo, se observa que los pacientes, que comienzan desarrollando una actividad delirante con núcleo vigoroso, una sólida organización y gran verosimilitud a través del tiempo, esta actividad delirante desciende a un nivel inferior, va perdiendo la sistematización y la jerarquía de sus concepciones para dar paso a elaboraciones absurdas, se empieza a notar empobrecimiento de la personalidad con la aparición de formas de pensamiento mágico o primitivo; en cuanto al sujeto de estudio, no se observó un deterioro de la personalidad importante, el delirio presentaba el mismo vigor que en una primera instancia, pero más apaciguado por la edad del interno.

Por otro lado, Álvarez (1985) y Olivos (2009) concuerdan con respecto a los cuadros delirantes crónicos sistematizados, estos se encuentran organizados en un sistema delirante bien construido, con una temática uniforme, de apariencia lógica y verosimilitud, que evolucionan a lo largo de los años sin presentar cambios en las capacidades afectivas y evolutivas del sujeto, que están puestas en todo su potencial al servicio del delirio, estos cuadros delirantes que evolucionan sin deterioro de la personalidad, corresponden a la paranoia, mediante esto se confirmó que el diagnóstico del interno fue el correcto.

3.4 Fases de la paranoia y diferencia entre trastorno delirante y reacción paranoide.

Salavert (2016) explica que, la paranoia se divide en tres fases, iniciando con la *fase de comienzo o manifestaciones precoces*, esta fase tiene como característica la hipervigilancia, suspicacia, fascinación por los significados ocultos, autosuficiencia, rigidez, tendencia a personalizar e ideas particulares sobre el control; el paso de estos rasgos hacia el delirio, está marcado por la existencia de una actitud general de sospecha y preocupación, el sujeto se muestra confuso ya que no entiende lo que está sucediendo, busca confirmar sus sospechas, tiene fuertes sensaciones de cambio y atribuye esto a lo que lo rodea; en este momento aparecen los primeros conflictos serios con la sociedad, como son: hostilidad, agresiones, discusiones, conflictos con la autoridad y celos, entre otros. Cuando se produce la consulta con el profesional de la salud en esta primera fase, se observa un deseo de confidencialidad excesiva y suspicacia ante las preguntas.

Nicolini (2009) y Salavert (2016) explican que, en segundo lugar, se encuentra la *fase de cristalización preliminar o fase de agudización*, en esta fase el malestar interno se vuelve intolerable y se pierde progresivamente el control de la situación, se presentan sentimientos caóticos ante el fallo de las estrategias estabilizadoras como hipervigilancia o suspicacia, se produce un progresivo aislamiento del mundo externo, en este momento, el paciente formula las primeras hipótesis sobre lo que sucede, como no puede seguir desconfiando de todo, centra sus sospechas en algo concreto por lo que empieza a sistematizar progresivamente las interpretaciones y sucesos de su alrededor, de una manera que, a él, le parece racional, poco a poco acumula pruebas que confirman esta hipótesis, así, un pequeño acontecimiento, puede provocar una crisis en forma de respuesta desproporcionada.

Nicolini (2009) explica que, para finalizar se encuentra la *fase de cristalización final o la psicosis desarrollada*, esta etapa se manifiesta a través de la exteriorización de los sentimientos, tensiones y sospechas en forma de delirios, llegando a producirse la iluminación paranoide, donde el sujeto entiende súbitamente lo que sucede. El individuo forma su particular pseudocomunidad paranoide, compuesta por las personas reales o imaginarias que se dedican a atacarle o perjudicarlo.

Salavert (2016) refiere que, los estímulos desencadenantes de su conducta ya no son externos, sino internos (sus delirios) que actúan en feedback. Posteriormente, el delirio se cristaliza en la acción paranoide, estas acciones están encaminadas a defenderse, atacando o aislándose; en ocasiones, la respuesta del ambiente es, asimismo, defensiva y agresiva, lo que aumenta y confirma sus delirios; a partir de este momento, el trastorno delirante sigue un curso fluctuante, sin dejar de estar siempre latente. Así, el curso se presenta crónico, con poco deterioro y alternancia de periodos de tranquilidad y exacerbaciones, pero con el delirio siempre activo. Las exacerbaciones coinciden con ataques frontales a las defensas o delirios del paciente y la presencia de estresores, aunque en ocasiones son espontáneas.

Para concluir y antes de explicar la Ley de Salud Mental, se hace referencia a la diferenciación, entre trastorno delirante, de la reacción paranoide. Berrospi et al. (2003) sostienen que, la reacción paranoide, consiste en una psicosis reactiva o reacción vivencial anormal en la que interviene una predisposición personal, por ejemplo, una personalidad paranoide, y factores externos que actúan como desencadenantes. El origen del delirio, en este caso, es secundario; se puede decir que la personalidad responde de manera paranoide ante una situación vital, sin embargo, no da cuenta de un desarrollo delirante, tiene como característica la desorganización del pensamiento y la conducta sin presentar la desestructuración del yo que se presenta en las psicosis; tiene una corta duración, pueden ser días o semanas, teniendo como tope máximo un mes.

Berrospi et al. (2003) explican que, la reacción paranoide, tiene como características; la presencia de factores o vivencias desencadenantes y su correspondencia temporal con el delirio; los frecuentes rasgos paranoides de personalidad previos; la relación con el acontecimiento desencadenante; el contenido del delirio y la evolución reversible. Resolviéndose el cuadro mediante tratamiento o por cese de la situación estresante, dicha reacción se cursa sin deterioro de la personalidad y con ausencia de síntomas disociativos. Los sujetos con diagnóstico de trastorno delirante o con una reacción paranoide, pueden llegar a cometer actos que producen daños a terceros o a sí mismo, para ampliar este tema se pasa a desarrollar la Ley de Salud Mental.

3.5 Ley de Salud Mental y criterios de inimputabilidad.

Según Boza (2011), la medida de internar a una persona por seguridad es la consecuencia de la declaración de inimputabilidad, este concepto se encuentra asociado a la enfermedad mental, siendo la historia de la locura, la narración biográfica de los inimputables. Acosta (1989) refiere que, a fines del siglo XVIII, Philippe Pinel en Francia y Samuel Tuke en Inglaterra aplican a los enfermos mentales el tratamiento moral, operando bajo la lógica de que los enfermos respondían a un tratamiento positivo. Boza (2011) y Acosta (1989) concuerdan en que, a inicios del siglo XIX, se empieza a gestar un movimiento de especialización en torno al manejo de la enfermedad mental, previo a esa época no se diferenciaba de dementes, criminales y mendigos. Pinto (2009) explica que, Esquirol emplea la técnica de aislamiento de los dementes y Jules Baillarger plantea la cuestión de lo voluntario e involuntario, lo instintivo y lo automático en los procesos de la enfermedad mental. El paso de la alienación al eje de lo voluntario e involuntario permite a la Psiquiatría ampliar su objeto de estudio, este salto permite abrir el camino a la medicina neurológica. Pinto (2009) explica que, el sucesor del saber psiquiátrico durante la segunda mitad del siglo XIX, fue la teoría de la degeneración de Bénédict Augustin Morel, dicha teoría incluía la idea de que la enfermedad mental podía afectar a generaciones de una misma familia, por lo que, el sujeto deja de ser enfermo mental y se convierte en el heredero de los trastornos mentales, es por ello que la Psiquiatría empieza a profundizar en la higiene pública de la salud. Boza (2011) explica que, el expansionismo psiquiátrico abre el paso al derecho penal y a la figura de lo inimputable.

Con respecto a los criterios de inimputabilidad, según el Código Penal Argentino (1984), en el Artículo 34, no son punibles las personas que no hayan podido, en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del sujeto en un

instituto psiquiátrico, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del Ministerio Público y previo dictamen de peritos, que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás (Donna, 1988).

Castillo (2006) explica que, se entiende por insuficiencia de las facultades mentales al retraso mental o insuficiencia del normal desarrollo psíquico de quien la padece, y que tiene su origen en causas congénitas, en lesiones sufridas durante el embarazo o en la temprana edad. El término insuficiencia de las facultades abarca las oligofrenias clasificándolas según el grado de desarrollo mental alcanzado, estas se clasifican en debilidad mental, oligofrenia media e idiocia. En cuanto a las alteraciones morbosas de las facultades, Arguedas (2015) explica que, estas abarcan las enfermedades mentales que producen un trastorno psíquico patológico en el sujeto, tales como las psicosis exógenas y endógenas, las neurosis y psicopatologías graves siempre que presenten síntomas equiparables a la psicosis.

Quirós (2017) explica que, una vez que la persona es declarada inimputable siguiendo el artículo 34 del Código Penal, todo depende de cómo evolucione durante su tratamiento en la institución psiquiátrica a la que se lo haya derivado. Dicho artículo no especifica un tiempo determinado de internación lo cual implica que en algunos casos sea indeterminada, tampoco se establecen medidas de seguridad en el transcurso del tratamiento, por ello el magistrado debe ordenar visitas periódicas para realizar un seguimiento del tratamiento. La internación sólo puede concluir si un examen de peritos determina que ha desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás.

En cuanto a los derechos de salud mental, Según la Ley 26.6571 (2013), todas las personas tienen derecho a la protección de la salud psíquica, y el pleno goce de los derechos humanos, de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

La ley 26.6571 (2013) parte de la presunción de capacidad de todas las personas, no se puede realizar un diagnóstico en base al status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso de la persona. Tampoco en base a demandas familiares, laborales, o por no compartir valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona. No se puede tomar en cuenta la elección o identidad sexual, menos aún

antecedentes de tratamiento u hospitalización previos. Se pasa a explicar en los siguientes apartados los derechos de las personas con padecimiento mental.

Derecho a la internación: Según Alegría y Iturrasó (2010) el paciente tiene derecho a que su tratamiento se lleve a cabo en una institución especializada, siempre y cuando no se encuentre otra alternativa de tratamiento. El proceso de internación no puede presentar restricciones a la libertad del paciente y debe incluir el tratamiento adecuado para su padecimiento.

La Ley Nacional de Salud Mental (26.6571, 2013) en el Artículo 14, establece que la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables, en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados, entorno social y laboral, con excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

Alegría y Iturrasó (2010) explican que, la admisión obligatoria del paciente se extenderá inicialmente por un lapso breve, determinado por la ley, con propósito de observación de tratamiento y preliminar. Entre tanto el órgano de revisión estimará la legitimidad y necesidad de tal admisión o retención. Hermosilla (2012) refiere que, la internación involuntaria se puede llevar a cabo para prevenir un deterioro importante de la condición de la persona. El tratamiento involuntario, se justifica únicamente si el tratamiento terapéutico adecuado, solo puede aplicarse en una institución psiquiátrica. Por tanto, si una persona puede recibir el tratamiento apropiado fuera del hospital psiquiátrico, no está justificada la internación involuntaria, solo es legítima una internación obligatoria, si el paciente por el hecho de su enfermedad o su afección mental, verificada como pasible de internación, representa un daño a sí mismo o a terceros, o bien si el tratamiento psiquiátrico prescripto, considera imprescindible aislarlo por no existir otras alternativas terapéuticas más eficaces o menos restrictivas de su libertad.

La Ley Nacional de Salud Mental (26.6571, 2013) en el Artículo 20, establece que la internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional, en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, se determinará si el paciente presenta algún tipo de riesgo para la comunidad y para sí mismo, esto será determinado por un equipo interdisciplinario de

profesionales de la salud. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe constar las siguientes características: *En primer lugar*, el dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación, debe determinar la situación de riesgo que representa el paciente, tiene que constar la firma de los profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, entre los profesionales de la salud debe estar presente un psicólogo o médico psiquiatra; *en segundo lugar*, debe constar la falta de otra alternativa eficaz para el tratamiento; *en tercer lugar*, debe estar redactado un informe de las instancias previas implementadas, si las hubiera.

Derecho a ser informado: Chiarvertti (2008) explica que, el paciente internado tiene derecho a ser informado sobre su diagnóstico y sobre el tratamiento que se aplicará en el proceso de recuperación, así como a prestar su consentimiento para llevarlo a cabo o finalizarlo, si así lo desea. Así lo establece la Ley de Salud Mental (26.6571, 2013) en su Artículo 7, el paciente tiene derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten y de todo lo inherente a su salud y tratamiento según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.

Derecho al egreso: Lellis (2011) refiere que, cuando las causas que determinaron la internación ya no estén presentes, el paciente tiene derecho al egreso, lo que no implica la finalización del tratamiento, la persona puede continuar el tratamiento voluntariamente. Por ser un tratamiento restrictivo la internación durará el mínimo necesario, si es preciso prolongarlo por razones terapéuticas debe ser objeto de control periódico.

Alegría y Iturrasó (2010) explican que, si transcurridos los primeros 90 días y luego de un tercer informe acerca del estado del paciente, la internación involuntaria continúa, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento y, en lo posible, independiente del servicio asistencial interviniente, con el fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, se optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

Según la Ley de Salud Mental (26.6571, 2013) en el Artículo 23, el alta, extenuación o permiso de salida, son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del magistrado. El juez deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria o voluntaria. El equipo de salud está

obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cuando cese la situación de riesgo cierto e inminente, con excepción de las personas que se encuentran internadas bajo el Artículo 34 del código penal.

Quirós (2017) explica que, una vez que el proceso de externación se llevó a cabo, en caso de ser necesario los pacientes continúan su tratamiento en hospital de día, el objetivo del tratamiento es que las personas sean capaces de vivir, trabajar y participar completamente en sus comunidades, para lograr este objetivo trabajan conjuntamente los tratamientos psicológicos y el tratamiento farmacológico, en el siguiente apartado se desarrollara este tema en profundidad.

3.6 Relaciones entre los momentos históricos y la eficacia del tratamiento psicológico combinado con fármacos

Tizon (2009) explica que el tratamiento de los síntomas psicóticos, ha estado relegado durante muchos años al tratamiento farmacológico exclusivamente, por lo que, se plantea la intervención desde un abordaje multidisciplinario, donde tanto lo farmacológico como lo psicológico juegan un papel importante. A lo largo de la última década del siglo XX se ha aplicado como base el modelo cognitivo para la comprensión y el tratamiento de la psicosis que Beck describió por primera vez en 1976.

Malpica (2012) explica que, en cuanto a la psiquiatría, la paranoia es separada de las esquizofrenias desde la escuela francesa, tomando como referente el manual de psiquiatría de Henry Ey (1971), en este se detalla que los delirios pueden evolucionar espontáneamente sin la disociación que presenta la esquizofrenia. Por ello, los tratamientos tanto psicológicos como farmacológicos en paranoias se llevan a cabo de forma específica. Ganuza (2012) explica que, el tratamiento de este tipo de patologías, se debe combinar con medidas farmacológicas, ciertas formas de psicoterapia y posiblemente hospitalizaciones puntuales. Por otra parte, a pesar de que es una enfermedad que a menudo es crónica y que normalmente se considera resistente al tratamiento, con una terapia adecuada se puede obtener un buen pronóstico, la mayoría de pacientes delirantes pueden ser tratados a nivel ambulatorio. Sin embargo, la hospitalización puede estar indicada, a veces de forma involuntaria, si se observan importantes trastornos de conducta, como en el caso del sujeto de estudio, éste presentaba un daño para sí mismo y para terceros, por ello, fue internado de forma involuntaria aplicando lo establecido por el Artículo 34, desarrollado anteriormente.

Lira (2012) sostiene que, respecto al tratamiento psicofarmacológico, aunque no se han realizado estudios bien controlados con muestras amplias de pacientes, los antipsicóticos son el tratamiento de elección en el trastorno delirante. Además estos fármacos pueden disminuir la agitación, el temor y la ansiedad que acompaña al delirio. En estos pacientes los antipsicóticos atípicos ofrecen la ventaja de un menor perfil de efectos secundarios y por consiguiente una mejor tolerabilidad que facilita el cumplimiento del tratamiento.

Valencia (2002) y Lira (2012) concuerdan en que las pautas generales recomendadas para el empleo de antipsicóticos en estos pacientes son: empezar con dosis bajas e ir incrementando lentamente si existe buena tolerabilidad, mantenerlo durante largo tiempo y posiblemente de forma indefinida si ha sido efectivo, reduciendo progresivamente la dosis de forma muy lenta hasta alcanzar la mínima dosis eficaz. Si no se obtiene efecto en 6-8 semanas, es conveniente sustituirlo por otro fármaco de diferente familia química.

Lira (2012) explica que, una causa común de fracaso terapéutico es el incumplimiento del tratamiento. En estos casos, es preciso administrar antipsicóticos de acción prolongada como el decanoato de flufenacina y la risperidona. Aunque los antidepresivos no suelen utilizarse en el tratamiento de este trastorno deben considerarse en pacientes que no responden a los antipsicóticos y presentan síntomas depresivos, sintomatología obsesiva o cuando existen antecedentes personales o familiares de trastorno afectivo, en el mismo sentido las sales de litio y los anticonvulsivantes pueden ser útiles.

En cuanto a los tratamientos psicológicos, Gómez (2002) concuerda con Lira (2012) en que los tratamientos psicológicos combinados con la farmacoterapia que han mostrado ser eficaces, se los puede agrupar en cuatro categorías; en primer lugar, se encuentran las intervenciones familiares psicoeducativas, se han desarrollado diferentes modelos terapéuticos para la intervención familiar, aunque no son homogéneos en sus intervenciones, todos incluyen la psicoeducación, técnica de solución de problemas, apoyo familiar e intervención en crisis. Las intervenciones familiares combinadas con mediación antipsicótica, han probado ser eficaces en la reducción de la carga y emoción expresada en los familiares. También se ha probado una disminución en la sintomatología clínica, en las recaídas y en las rehospitalizaciones.

Gómez (2002) refiere que, en segundo lugar, se encuentra el entrenamiento en habilidades sociales, esta técnica se usa para trabajar el manejo en el ámbito social de los pacientes con psicosis, y para entrenar habilidades de afrontamiento ante factores estresantes que pueden desestabilizar al

paciente. Los diferentes modelos comparten una técnica común que incluye: instrucciones de role play, ensayo conductual, feedback y reforzamiento. Los sujetos son capaces de adquirir y generalizar habilidades sociales que mejoran su funcionamiento interpersonal, siempre y cuando no tengan síndrome deficitario, en el caso del sujeto de estudio, se lo alentó a asistir a un taller de computación, mediante esto, se pudo mejorar la relación del interno con los demás pacientes, compartiendo los conocimientos adquiridos, así como, el equipo terapéutico realizaba feedback y reforzamiento de las actividades que gestionaba de forma correcta.

En lo concerniente al entrenamiento en habilidades sociales, Salaberria (2013) explica que, este produce un impacto positivo sobre las medidas conductuales de las habilidades sociales, la asertividad autoevaluada y sobre la tasa de altas hospitalarias, obteniendo resultados más modestos sobre la tasa de recaídas. El entrenamiento en habilidades sociales suele ser eficaz en combinación con otras formas de terapia, dicho entrenamiento debe adaptarse al nivel de tolerancia al estrés y las limitaciones del procesamiento de la información de cada paciente, siendo recomendable una duración prolongada.

Gomez (2002) refiere que, en tercer lugar, se encuentra, el tratamiento conductual para delirios, las terapias de corte cognitivo conductual, son las únicas diseñadas específicamente para el abordaje de los delirios, y tiene como objetivo, entrenar a los pacientes en técnicas para el manejo de sus experiencias psicóticas, reestructurar las creencias sobre estas y dar sentido a los síntomas. Valencia (2002) explica que, actualmente existen una gran variedad de terapias cognitivo conductuales aplicadas a la psicosis, que están manualizadas y cuentan con soporte experimental que avala su eficacia, como por ejemplo: la terapia cognitivo conductual para la psicosis, la terapia conductual de Kingdon y Turkington (1994), la terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia y la terapia de cumplimiento.

Valencia (2002) sostiene que, la terapia de cumplimiento pretende mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y desarrollar un adecuado nivel de insight, las terapias restantes, tratan de reducir la angustia provocada por los síntomas psicóticos y la repercusión emocional asociada, así como ayudarles a los pacientes a comprender su enfermedad para que participen de forma activa en la regulación del riesgo de recaídas y de la incapacidad social.

Lira (2012) y Gómez (2002) explican que, en cuarto lugar, se encuentran los paquetes integrados multimodales estos se caracterizan por un enfoque múltiple. El objetivo de estos paquetes integrados es, mejorar el funcionamiento tanto en las habilidades cognitivas como en las habilidades sociales. El

primer paquete con este fin fue la terapia psicológica integrada (ITP), siendo esta un programa grupal dirigido a la psicosis, con enfoque cognitivo conductual, este programa integra el tratamiento neurocognitivo con la rehabilitación psicosocial. Los objetivos generales de la IPT son: la disminución de las alteraciones del procesamiento de información, y de los déficit cognitivos; mejorar la capacidad de percepción de la realidad, especialmente en situaciones interpersonales con alta carga emocional; mejorar las estrategias de superación en asuntos vitales importantes para el paciente; mejorar la capacidad para solucionar problemas; ampliar el espacio vital del paciente y mejorar la integración en áreas vitales importantes. Los objetivos terapéuticos deberían elaborarse individualmente para cada paciente, a través de un proceso de análisis de problemas y conducta, en el siguiente apartado de desarrollará cuales son las terapias psicológicas utilizadas para abordar la paranoia.

3.7 Terapia psicológica en paranoia.

Aguilar (2005) explica que, en la historia de la psicología, la conducta anormal se le atribuye a un desarrollo psicológico imperfecto y al contexto social. Durante la primera mitad del siglo XVIII hubo una aproximación psicosocial a los trastornos mentales, llamada terapia moral. El término moral se lo relacionaba con lo emocional o psicológico, dicha terapia trataba a los pacientes internados de la forma más natural posible motivando y fortaleciendo la interacción social, esto les proporcionaba a las personas la oportunidad de mejorar el contacto social e interpersonal con la comunidad.

Muller (1966) refiere que en el siglo XX surgen escuelas de pensamiento muy diferentes para abordar las enfermedades mentales. El primer método importante fue el psicoanálisis, basado en la elaboración teórica de Sigmund Freud (1856-1939) sobre la estructura de la mente y la función de los procesos inconscientes en el comportamiento humano. La segunda fue el conductismo, asociada a John B. Watson, Iván Pavlov y B. F Skinner, quienes se concentraron en la forma en que influye el aprendizaje y la adaptación en el desarrollo de la psicopatología.

Con respecto a la terapia psicológica aplicada en la paranoia, Yust (2006) afirma que, en los últimos años diversos estudios controlados han presentado a la terapia cognitivo conductual (TCC), como una intervención prometedora en el tratamiento de la psicosis. De tal manera que instituciones científicas como por ejemplo el *United Kingdom's National Institute for Clinical Excellence*, *American Psychiatric Association* y la *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist*, la incluyen en su guía de tratamientos para la psicosis como una psicoterapia con apoyo empírico.

Yust (2006) sostiene que, la terapia cognitivo conductual (T.C.C) asume que los problemas emocionales son consecuencia de aprendizajes no adaptativos, por tanto, las intervenciones tratan de establecer patrones de comportamiento más adecuados. Los principales tipos de TCC son las terapias de afrontamiento que desarrollan habilidades para encarar situaciones estresantes. Rodríguez (2014) explica que, la TCC, trata de resolver la perturbación emocional de los pacientes, se enfoca en aliviar el sufrimiento de las personas a través de la reducción de la severidad de los delirios. El objetivo de la TCC es incrementar la tolerancia a la presencia de experiencias psicóticas, de manera que la persona se distancie de ellas y pueda dirigir su atención a mejorar su calidad de vida.

Ruiz (2016) sostiene que, la TCC, ayuda a reducir la ansiedad y la depresión, que se pueden derivar del significado que el paciente otorga al hecho de padecer una enfermedad mental, estos significados se pueden derivar de las creencias propias y familiares del paciente, y de las dificultades inherentes a la vida. También se trabaja en hacer partícipe al paciente, en la prevención del riesgo de recaídas y de la incapacitación social.

Spinetto (2007) refiere que el desarrollo de la terapia en psicosis se realiza en seis pasos, el primer paso es *el contrato y la evaluación*, en este paso se establece la alianza terapéutica, la cual constituye un importante predictor de los resultados de la terapia. Se intenta conocer detalladamente la historia clínica del paciente, y cómo lleva su vida diaria al momento de la consulta. En este paso se acuerdan los objetivos del tratamiento.

Como segundo paso, se trabaja sobre *las estrategias de afrontamiento*, se implementan estrategias cognitivo-conductuales para afrontar los síntomas y experiencias que provocan malestar. Se explora mediante ensayo y error que estrategias son útiles en cada caso y para cada paciente. En el tercer paso, se *trabaja en el desarrollo de una nueva comprensión de la experiencia de la psicosis*, este paso consiste en la construcción de un modelo de los hechos que sea aceptable y que tenga sentido para el paciente. En cuanto al cuarto paso, se *trabaja con los delirios* iniciando el trabajo propiamente cognitivo, que varía levemente de acuerdo a cada modelo. Se utilizan las metodologías clásicas de la terapia cognitiva. En el quinto paso se *trabaja en las autoevaluaciones negativas*, se pone énfasis en trabajar la ansiedad y la depresión, haciendo hincapié sobre las relaciones entre el contenido de los delirios y las características de hechos amenazantes y traumáticos de la vida temprana (estos se identifican en el primer paso), el trabajo sobre este tipo de creencias es el mismo que la terapia cognitivo estándar. Como último paso, se *aborda el riesgo de recaídas y la incapacidad social*, en este paso final, se revisa junto al paciente el trabajo hecho y se examina su visión del futuro.

3.8 Evolución eficaz del tratamiento y detección temprana.

Esteve et al. (2015) sostienen que, la detección temprana, se puede definir como la identificación de aquellas personas que están en riesgo de desarrollar una psicosis, por ejemplo, quienes presentan síntomas prodrómicos, entre los cuales se encuentran: disminución de la concentración y atención, reducción del impulso y la motivación, estado de ánimo depresivo, ansiedad, aislamiento social y desconfianza; pero nunca han estado psicóticos, o como la identificación de aquellas personas que ya desarrollaron psicosis, sin embargo, no han recibido el tratamiento adecuado.

Fernández, Giráldez e Iglesias (2006) sostienen que, la evolución eficaz del tratamiento está relacionada con la detección temprana de la enfermedad, sin embargo, existe un período de tiempo importante, antes de que los pacientes inicien el tratamiento de su enfermedad. Este período inicial es conocido como: duración de la enfermedad sin tratar (DUI), el cual abarca dos periodos claramente diferenciados. El primer periodo, empieza desde la aparición de la primera sintomatología inespecífica en una persona sana, hasta el surgimiento de los primeros síntomas psicóticos atenuados, este periodo se denomina *etapa prodrómica o estado mental de alto riesgo*, la duración de este periodo puede abarcar cinco años. Por otro lado, el segundo periodo, es el tiempo que el paciente pasa con una sintomatología claramente psicótica, sin recibir el tratamiento adecuado, este periodo se conoce como duración de la enfermedad sin tratar (DUP), el cual se da, entre el inicio del trastorno psicótico, su reconocimiento y la intervención terapéutica. Fernández et al. (2006) explican que, el tiempo transcurrido entre la aparición de síntomas psicóticos y el primer contacto terapéutico está en torno al primer y segundo año, con una mediana aproximada de seis meses. Los años precedentes al primer episodio son cruciales para establecer los parámetros para una recuperación a largo plazo y sus resultados, de igual manera, un retraso en el tratamiento podría reducir el potencial terapéutico de las intervenciones realizadas en un curso temprano de la enfermedad.

Esteve et al. (2015) explican que, el objetivo fundamental que se persigue a la hora de practicar intervenciones en estas primeras fases de la enfermedad es evitar la cronificación del paciente, para ello, es sumamente importante reducir al máximo el periodo de la enfermedad sin tratar (DUP), poniendo en marcha intervenciones específicas lo antes posible.

Esteve et al. (2015) y Fernández et al. (2006) concuerdan en que, estos periodos se han convertido en la base de la intervención temprana, ya que se muestran como fundamentales para el posterior curso y recuperación de la enfermedad. Esteve et al. (2015) Explican que, la intervención temprana en psicosis tiene dos elementos que la diferencian de las formas habituales de asistencia, estas son: *la*

detección temprana y la aplicación del tratamiento específico más eficaz para cada fase inicial de la enfermedad, ambos elementos se pueden ofrecer de manera añadida a los cuidados estándar habituales o bien a través de equipos especializados en intervención temprana. Pérez, Gil, Pina y García (2010) explican que, por tratamientos específicos para cada fase se entienden, aquellos tratamientos psicológicos, físicos o sociales, que van específicamente dirigidos a impedir la progresión hacia la psicosis, en aquellas personas con síntomas prodrómicos o bien a promover la recuperación en aquellas otras personas que han experimentado recientemente su primer episodio de psicosis.

Arango y Facorro (2000) explican que, el objetivo final de reducir la psicosis sin tratar, es mejorar el pronóstico y conseguir la recuperación social de los pacientes. En los años 90, se creó la International Early Psychosis Association (IEPA) con el objetivo de analizar y dar difusión a los resultados alcanzados por los programas de intervención temprana en psicosis (ITP) en todo el mundo, en 2002 la IEPA, junto a la Organización Mundial de la Salud (OMS), redactó un documento de consenso sobre la intervención temprana en psicosis, además se detallan diferentes acciones para desarrollar dichas estrategias teniendo en cuenta el nivel socioeconómico, por ello, se desarrollaron acciones para tres escenarios diferentes: nivel bajo, medio y alto de recursos.

Suarez y Bravo (2005) explican que, en la Declaración de Consenso OMS-IEPA sobre Intervención Temprana y Recuperación para Psicosis se propone unos principios : *proporcionar tratamiento en atención primaria*: detección temprana acceso rápido a servicios de Salud Mental comunitarios; *atención en la comunidad*: esta atención se puede llevar acabo en servicios lo menos restrictivos y coercitivos posibles; *educar a la población*: promover conciencia sobre la importancia de la detección temprana y del tratamiento de la psicosis, implicando a la comunidad, familias y usuarios; *colaborar con otros sectores sociales*: trabajar con un equipo multidisciplinario para facilitar la recuperación.

3.9 Importancia del tratamiento y avance de los síntomas

Cirici (2002) explica que, la adherencia al tratamiento es la aceptación del consejo terapéutico por parte del paciente. Por consiguiente, la adherencia implica la negociación de un plan de tratamiento entre el profesional y el paciente, en lugar de la aplicación simple de una orden terapéutica. Esta adherencia puede referirse a la toma de un fármaco, al cambio de un hábito de vida e incluso a la participación de un tratamiento psicológico. Martín, Celia, Fombellida y Herrero Sánchez (2005), explican que, la no adherencia terapéutica es un problema común en la praxis médica, entre los motivos que influyen en la decisión de abandonar los tratamientos médicos se puede destacar, la falta

de información que se les ofrece a los pacientes sobre su enfermedad, una alianza terapéutica pobre entre el profesional y paciente o la falta de comprensión de la propia enfermedad.

Martin et al. (2005) sostienen que, el trabajo junto con la familia posibilita la adherencia al tratamiento y la estabilidad de este, también acorta el tiempo de hospitalización y evita recaídas. Cirici (2002) explica que, los miembros de la familia tienen un rol importante durante la recuperación del enfermo, desempeñan funciones como son: Proporcionar información acerca de la persona a los profesionales de la salud, de esta forma se podrá ampliar la historia médica de la persona; asisten en la toma de medicamentos y en el cumplimiento del horario establecido para estos; apoyan a la persona en sus finanzas y en la inserción dentro del ámbito social. Sin embargo la carga que la familia presenta es grande, por ello es necesario trabajar en las emociones que este sistema presenta y de esta forma preservar la estabilidad tanto de la familia como del paciente.

Esteve et al. (2015) explican que, el programa de intervención familiar se realiza mediante un modelo de intervención terapéutica de corte psicoeducativo con componentes cognitivo conductuales, y es característico del hospital de día. Comparte con otros modelos psicoeducativos elementos comunes, como, trabajar con la visión negativa que se tenga sobre la enfermedad mental, lo que implica, una relación de trabajo junto con la familia, evitando culpabilizarlas y enseñándoles técnicas de resolución de problemas. Se respeta las necesidades individuales de cada familia y paciente y se trabaja con los recursos que el sistema familiar presente, a la vez que se les reconoce la sobrecarga familiar por tener un miembro enfermo. Se trabaja con los problemas y con el estrés concreto que encaran las familias, analizando las relaciones mutuas e identificando sus estilos individuales de afrontamiento. Martin et al. (2005) explican que, este programa de intervención proporciona estructuración y estabilidad tanto de la familia como del paciente, brinda un soporte para superar el descontrol y la imprevisibilidad generados por la enfermedad.

Esteve et al. (2015) explican que, en el programa de intervención familiar, se trabaja con un formato que tiene como objetivo resolver problemas que se presenten en la vida diaria, durante las sesiones clínicas, se enseña a la familia como trabajar en la resolución de problemas. Dentro de la sesión se evalúan los recursos y las necesidades de la familia y se establecen objetivos realistas, enseñando a la familia y al paciente a establecer prioridades y asignando tareas entre sesiones, dichas tareas se realizan en el hogar de cada familia y se efectúa el seguimiento correspondiente en cada entrevista, de esta manera se realiza un seguimiento de la evolución del paciente y de la familia.

Martin et al. (2005) sostiene que, uno de los objetivos del tratamiento es reubicar al paciente como miembro activo del sistema familiar y re establecer el rol del paciente en la familia, después de la crisis. Para lograr este objetivo se trabaja en que la familia tenga un modelo que sirva como pauta, y de sentido a las conductas y sentimientos del paciente, se pone énfasis en que las familias dispongan de mejores recursos de afrontamiento, tanto para abordar la situación como para sobrellevar los sentimientos propios de cada miembro de la familia. Esteve et al. (2015) Explican que, para esto es necesario un proceso de aprendizaje y de comunicación entre el paciente, la familia y el terapeuta, trabajando en los cambios que el paciente pueda realizar, para esto, se identifica de modo simple, claro y específico los objetivos de cambio, estos cambios se realizan por medio de ensayo en la sesión terapéutica, modelando situaciones que se puedan dar en la vida diaria.

Con respecto a los pacientes que no tienen familia, ni red de apoyo, Mansilla (2005) explica que hay poca información sobre las redes de apoyo para los enfermos mentales que no tiene familia, sin embargo una de las características que presenta esta población, es la carencia de soporte social que proporciona un lugar de residencia y, con ello, un lugar propio reconocido por el resto de la comunidad. Los individuos sin red de apoyo agotan con facilidad sus posibilidades de presentar una recuperación exitosa, ya que los recursos de apoyo formal fallan, por ejemplo, con aquellos pacientes que salieron del hospital psiquiátrico y a menudo no tienen un seguimiento adecuado, presentan recaídas constantes, y en varias ocasiones viven en la calle después de salir del hospital mental.

Con respecto a este tema, Vázquez (2011) sostiene que hay algunas pautas que se pueden tomar en los casos de pacientes sin apoyo familiar, las cuales son: En primera instancia, cualquier intento de solucionar los problemas de los enfermos mentales sin hogar debe comenzar con la cobertura de sus necesidades más básicas; en segundo lugar debe establecerse un número suficiente de hogares comunitarios de diferentes niveles, supervisados y dotados de personal multidisciplinario. En tercer lugar, debe disponerse de servicios de salud mental y de rehabilitación social adecuados completos y accesibles.

Cirici (2002) explica que, se identificaron más de 200 variables relacionadas con la adherencia al tratamiento médico, de entre todas ellas, la variable más significativa fue la relación médico paciente. La relación entre el médico psiquiatra y el paciente, es uno de los factores más importantes para controlar la evolución de los síntomas, que se presentan en los trastornos mentales, por eso, mantener una adecuada y periódica relación entre paciente y médico, puede ayudar a anticipar y controlar crisis y recaídas. Safran y Muran (2005) explican que, la relación terapéutica debe

entenderse como un trabajo en equipo, en el que tanto el paciente como el equipo interdisciplinario se involucren y apunten al mismo fin.

Safran y Muran (2005) sostienen que, el aspecto clave para optimizar la adherencia al tratamiento es, la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente como se nombró en apartados anteriores. Esto puede llevarse a cabo, en primera instancia, concienciando al profesional de la necesidad de cuidar el contacto con el paciente, utilizando la empatía y ofreciendo información clara y adecuada; Por otro lado, desarrollando las habilidades sociales del paciente, para que pueda negociar los temas relacionados con la medicación con el profesional, en el caso de que se presenten efectos secundarios que afectan al paciente.

Cirici (2002) y Safran y Muran (2005) explican que, para llevar a cabo la adherencia al tratamiento se parte del supuesto de que el paciente es quien mejor conoce su enfermedad y el medico es quien mejor conoce los tratamientos. La terapia debe entenderse como, el esfuerzo de un equipo de personas entre profesionales de la salud, el paciente y su núcleo familiar, que trabajan en un frente común contra la enfermedad. Una evaluación adecuada de los principales objetivos personales del paciente, debe sentar las bases para la negociación de la prescripción médica, de modo que se potencie la adherencia.

Cirici (2002) sostienen que, hay varios factores que influyen en la adherencia al tratamiento, tales como, la calidad de la comunicación entre el equipo terapéutico y paciente; la empatía o la capacidad del profesional de reconocer el sufrimiento del paciente; la capacidad del equipo interdisciplinario para motivar al paciente a cumplir pautas terapéuticas; la habilidad del terapeuta para compartir con el paciente la responsabilidad del tratamiento, lo que posibilita al paciente tener conciencia de la enfermedad.

Por otro lado Safran y Muran (2005) explican que, los motivos por los cuales, los pacientes abandonan el tratamiento y con ello la medicación antipsicótica, son, la mala relación entre el médico y el paciente, la falta de información sobre la enfermedad o el tratamiento, la presencia de efectos secundarios molestos, como pueden ser: dificultades en la memoria, cambios de ánimo, insomnio, entre otros. Otros motivos para el abandono del tratamiento son, las pautas complejas de administración, así como también el cansancio después de tratamientos prolongados.

Pérez et al. (2010) afirman que, entre las intervenciones psicoterapéuticas específicas, que promueven la adherencia al tratamiento se encuentran las terapias cognitivo conductuales. Las

intervenciones de este tipo, deben incluir una explicación clara, sobre la importancia de cumplir con responsabilidad el tratamiento farmacológico, lo que ayuda a implementar la adherencia al tratamiento, esto combinado con programas específicos para cada caso, encuentran resultados esperanzadores. Las intervenciones familiares, basadas primordialmente en la difusión didáctica del conocimiento en torno a la enfermedad, su tratamiento y fármacos utilizados, muestran eficacia en la prevención de recaídas.

Pérez et al., (2010) explican que, los programas que incluyen tratamientos asertivos, son los que ofrecen mejores resultados. Las intervenciones que combinan estrategias psicoeducativas, afectivas y conductuales, tienen resultados efectivos, produciendo además beneficios secundarios como la disminución de recaídas y hospitalizaciones. Los pacientes también presentan mejoras en la psicopatología y el funcionamiento social.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio.

Estudio descriptivo- caso único.

4.2 Participantes.

El presente caso data de un adulto, masculino, de 71 años de edad, diagnosticado como un caso de paranoia y declarado inimputable; el mismo, se encuentra internado en un hospital neuropsiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires, desde hace diez años; en relación historia familiar, el paciente no tenía ningún pariente vivo, así como ningún vínculo de amistad cercano.

En cuanto a los profesionales de la salud, se realizaron entrevistas a; la médica psiquiatra jefe de piso, a la trabajadora social, al médico psiquiatra de piso y al enfermero del turno mañana. En el siguiente apartado se explicará el contenido de las entrevistas.

La doctora psiquiatra jefe de piso de sexo femenino, edad 46 años, trabajó en el hospital desde hace veinte años y fue jefe de la sala de emergencias desde hace tres años con cuatro meses.

El médico psiquiatra de piso de sexo masculino, edad 50 años trabajó en el hospital neuropsiquiátrico desde hace quince años, e ingresó al servicio de emergencias hace tres años y ocho meses.

La trabajadora social de sexo femenino, edad 63 años, trabajó en el hospital neuropsiquiátrico desde hace 30 años e ingresó al servicio de emergencias hace tres años y catorce meses.

El enfermero del turno mañana de sexo masculino, edad 39 años, trabajó en el hospital hace 10 años e ingresó al servicio de emergencias hace dos años.

4.3 Instrumentos.

El análisis llevado a cabo, fue un recorte somero de la historia clínica del paciente, realizado a partir de la entrevista de admisión y de las sesiones interdisciplinarias; también se realizaron entrevistas semidirigidas a los profesionales de la salud.

En la entrevista a la doctora jefe de piso se preguntó:

- a) El estado de enfermedad, en el que se encontraba en el momento de llevar a cabo la práctica
- b) Se indagó por episodios de psicopatología anteriores y al momento de la pasantía, mediante esto se quiso determinar cuáles fueron los síntomas iniciales con los que ingresó el paciente al hospital y cuáles eran los síntomas que presentaba en la práctica.
- c) Se preguntó cuáles son los antecedentes clínicos del paciente y cuál fue el diagnóstico en el examen de admisión, con esto se quiso determinar cuáles fueron los criterios para el diagnóstico del paciente como inimputable.
- d) Se preguntó por el estado físico y psíquico del paciente al momento de la internación y de la pasantía, mediante esto se quiso determinar la evolución de los síntomas durante el proceso de internación.
- e) Se indagó cuál fue el tratamiento farmacológico abordado y por qué.

En la entrevista al médico psiquiatra se preguntó:

- a)Cuál fue la terapia psicológica que dio mejores resultados en pacientes con diagnóstico de paranoia.

- b)Cuál fue la importancia de la detección temprana de la enfermedad en el diagnóstico de los enfermos.
- c) Cómo se logró la adherencia al tratamiento y la inserción social en los alienados.

En la entrevista a la trabajadora social se preguntó:

- a) Si hubo factores sociales que influyeron en la enfermedad.
- b) Se indagó por la situación económica del paciente ya que se encontraba la posibilidad de externación del paciente.

En la entrevista al enfermero se preguntó:

- a)Cuál fue el comportamiento del paciente durante la internación.
- b) Cómo se relacionó el paciente con los otros internos.
- c) Se indagó si el paciente cumplía las normas establecidas por el hospital.

4.4 Procedimiento.

Se realizaron entrevistas individuales al equipo interdisciplinario en la sala de reuniones, la duración de las entrevistas fue de 10 a 15 minutos. Como siguiente pasó, se analizó la historia clínica del paciente haciendo hincapié en su diagnóstico, la información recolectada se cotejó y examinó, como paso final se procedió a describir los objetivos generales.

El procedimiento llevado a cabo, tuvo lugar a partir de las entrevistas realizadas por el equipo interdisciplinario, estas entrevistas fueron realizadas una vez por semana, en las que se interrogaba a cada paciente para determinar el estado psíquico y físico de los mismos; una vez terminadas las entrevistas, los diferentes profesionales discutían si hubo algún cambio positivo o negativo en los pacientes desde la última reunión, se verificaba si los internos respondían de forma positiva al tratamiento, en el caso de responder de forma negativa se buscaban alternativas de tratamiento.

Las entrevistas individuales que se llevaron a cabo con el paciente, fueron junto con el psicólogo de piso que ofrecía terapias externas a pacientes particulares, al cual no se lo incluyó en este estudio ya que no estaba en tratamiento con el alienado. El tiempo que duró la práctica profesional fue de 280 horas, en las cuales se interactuó con el paciente, otros internos y sus familiares.

5. Desarrollo

5.1 Introducción y presentación del caso.

El hospital psiquiátrico donde se realizó la práctica profesional ha sido una de las principales instituciones dedicadas a la salud mental en la Argentina, así como un importante centro de investigaciones en neurobiología y psicopatología. Entre las instalaciones del hospital se encuentra una emisora de radio, gestionada por los propios internos; además funcionan diversos dispositivos destinados a la inserción social de los pacientes, como por ejemplo talleres de computación, talleres de bijouterie, entre otros.

En el presente análisis, tal como se mencionó con antelación, el paciente en cuestión fue internado hace más de una década, durante la práctica profesional no se definió ninguna fecha para la externación del mismo. En cuanto al ingreso del paciente al hospital, este llegó al área de admisiones por orden del juzgado, acusado del asesinato de dos personas, el hecho ocurrió en el inmueble del interno. El sujeto al momento de la entrevista explicó que los individuos que asesinó eran ladrones y que querían robar el inmueble, también realizó mucho hincapié en la nacionalidad de estas personas, afirmando que eran de origen paraguayo, puso énfasis, cuando explicó que los extranjeros que vivían en Argentina eran ladrones y que por este motivo los mató. Mediante la historia clínica se determinó que el discurso del paciente era de contenido delirante y persecutorio, cita textual del interno “eran extranjeros, se mataron entre ellos en mi casa, se quitaron la pistola y se mataron, me quitaron la pistola y se mataron, eran extranjeros viene a robar, los extranjeros vienen a robar”, por ello el diagnóstico fue paranoia.

En primera instancia el paciente es trasladado a una cárcel de la ciudad de Buenos Aires, posteriormente se lo transfirió a una unidad especializada, esta sala alojaba a personas con sufrimiento mental en el sistema penitenciario, acusadas de la comisión de algún delito o declaradas inimputables, funcionaba dentro de los predios del hospital neuropsiquiátrico pero no tenían relación, ulteriormente se lo transfirió a la sala de emergencias donde permaneció hasta el momento de la pasantía.

Tomando en cuenta que el tiempo de internación del paciente, los profesionales de la salud no lo conocieron al momento del ingreso al hospital, pero sí pudieron dar cuenta de su evolución en los últimos años. Con respecto a la historia clínica del paciente, no se tenía registro del tratamiento que recibió en la unidad especializada, así como tampoco de la evolución de la enfermedad, por ello se tomó como referente la historia clínica del paciente desde que estuvo internado en la sala de emergencia.

5.2 Analizar los síntomas iniciales con los que ingresa el paciente al hospital.

En la entrevista realizada a la jefe de piso, se determinó que el diagnóstico que se le otorgó al paciente fue paranoia, ya que presentó ideas delirantes y de perjuicio, tal y como lo explicó Álvarez (1985), en la paranoia, el sujeto creaba una realidad a la cual no la consideraba ficción y actuaba en base a esta, en el caso del paciente, éste no comprendió lo sucedido en su vivienda; según la historia clínica, su relato se mezcló entre el asesinato y prejuicios propios del interno, cita textual del paciente “las personas que murieron eran extranjeros, yo no mate, se mataron entre ellos en mi casa”. La entrevistada refirió que en el momento del ingreso a la sala de emergencia, lo que se evaluó fue la acusación de asesinato del paciente y el discurso del mismo, en cuanto al discurso del paciente, este era confuso y tenía una temática persecutoria; cita textual del paciente “esto es un complot del gobierno”, como mencionó Vallejo (2003), el paranoico creaba una pseudocomunidad paranoide, a la cual le atribuía todo tipo de conspiraciones, ya que esta comunidad se encontraba en su contra.

Siguiendo con la entrevista, la jefe de piso explicó que el interno presentaba ideas incorrectas de la realidad externa, como por ejemplo, la percepción que tenía el sujeto de los extranjeros, estas ideas eran sostenidas con firmeza por el paciente; según lo referido por Valverde (2006), la interpretación delirante estaba conformada por la asociación de premisas falsas, sin embargo la lógica de las interpretaciones era rigurosa, como por ejemplo: cita textual del paciente “ todos los extranjeros son ladrones”. En la historia clínica del paciente se observó que no presentaba antecedentes clínicos o internaciones anteriores, se destacó que la manifestación de la enfermedad en esta persona tuvo un inicio repentino, se concordó con lo explicado por Díaz y Pérez (2008), los cuales refirieron que la paranoia se caracterizó por un inicio brusco. No se pudo corroborar los antecedentes clínicos familiares ya que no tenía parentela ni descendencia.

La trabajadora social en la entrevista realizada, informó que el paciente, en las primeras sesiones negaba haber cometido el asesinato, el interno comentó que las personas que ingresaron a su vivienda eran pandilleros, y se asesinaron entre ellos. La entrevistada refirió que el juicio de la realidad en el paciente se encontraba alterado, según lo definido por Vallejo (2003), el delirio en la paranoia, proyectaba en una comunidad, contenidos inconscientes que no concordaban con la realidad, esto se observó en el discurso del interno, el cual presentó discriminación hacia personas que pertenecían a nacionalidades distintas a la Argentina y se mezcló con el hecho ocurrido en su vivienda, el relato del paciente no era conciso y no tenía correlación entre ideas, como se ejemplificó en apartados anteriores.

La profesional refirió que, a medida que avanzaron las entrevistas con el sujeto, el relato sobre el asesinato cambio constantemente, sin embargo, mantuvo la temática persecutoria, según lo relatado por Gazitua (2007), la trama en el delirio era inamovible y se mantenía en el tiempo, dicha temática se pudo observar en las entrevistas individuales realizadas al paciente; en primera instancia el paciente era renuente a la entrevista, y muchas veces se negó a participar en las reuniones, ya que la pasante era de nacionalidad Ecuatoriana, sin embargo una vez que accedió a participar en las mismas, se observó que era muy cauteloso con cada frase y oración, presentó mucha desconfianza y en varias ocasiones repetía , cita textual del paciente “los psicólogos son metiches” , conforme con lo definido por Salavert (2016), una de las características de la paranoia era la existencia de una actitud general de sospecha y preocupación.

En las entrevistas individuales al interno, éste repitió constantemente su rechazo a los inmigrantes, se pudo dar cuenta de esto mediante los dichos del interno, “todos los extranjeros vienen a robar, no trabajan, se mataron entre ellos, estoy encerrado por un castigo”. Mediante esto se concluyó que el delirio del paciente se mantuvo más de una década, siendo este el tiempo de internación del sujeto, a lo largo de la internación no presentó comportamientos extraños a excepción de los que son consecuencia del delirio, los episodios de exaltación eran cortos en el tiempo y en cuanto a la desconfianza que el paciente presentó al inicio su internación, esta siguió vigente al momento de la práctica, tomando en cuenta estos precedentes se determinó que el diagnostico de paranoia fue correcto.

Siguiendo con la entrevista, la profesional explicó que en cuanto a la relación que el paciente mantenía con sus compañeros de piso, la misma era nula, no se relacionaba, ni interactuaba con nadie, el temperamento del paciente era muy cambiante, afirmó la entrevistada; la respuesta del paciente ante cualquier situación era defendiéndose, atacando a sus compañeros y profesionales de la salud o aislándose, según lo descrito por Salavert (2016), una de las características de la paranoia era la hostilidad, agresiones, discusiones y conflictos con la autoridad; por esta razón la convivencia con el paciente era complicada. A lo largo de la pasantía se observó que el paciente no compartió actividades diarias con sus pares, se encontraba la mayor parte del tiempo solo y no presentó interés por ampliar su vínculo con los internos.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los profesionales de la salud entrevistados, coincidieron en que el paciente no quería aceptar ningún tipo de tratamiento, ni gestionar la pensión por invalidez, ya que afirmaba que no era enfermo mental; cita textual del interno, “estoy encerrado obligatoriamente, yo no mate a nadie, yo no soy enfermo, yo estoy internado pero no soy enfermo” los profesionales

informaron que esta idea se mantuvo en el tiempo, según lo referido por Gazitua (2007), el delirio paranoico, tenía como particularidad su estabilidad e intensidad, esta información se corroboró en las sesiones individuales que se llevaron a cabo con el paciente, el cual mantuvo el mismo discurso; en varias sesiones el interno ocupaba la mayor parte del tiempo explicando por qué el gobierno debe devolverle todos sus bienes, trato de evadir el tema de su patología, ya que presentó una gran convicción de estar sano.

En las sesiones individuales, el paciente explicó que cuando estuvo internado en la unidad penitenciaria especial para enfermos mentales, no recibió ningún tipo de tratamiento farmacológico, esta información no se pudo corroborar ya que no había registro de los tratamientos que recibió el interno en ese periodo de tiempo, lo que sí se pudo corroborar mediante la historia clínica, fue que al momento de pasar a la sala de emergencia el paciente se encontraba con tratamiento farmacológico, por ello, se siguió con el tratamiento realizando ajustes en las dosis de la medicación .

5.3 Analizar los criterios utilizados para declarar al paciente como inimputable.

A partir del asesinato cometido por el paciente, interviene el organismo pertinente y se lo declara al interno culpable. Sin embargo, el paciente presentaba ideas delirantes y de perjuicio, como por ejemplo, manifestó que “todos los extranjeros son ladrones, no entiendo por qué hay tanto alboroto si los que se murieron son ladrones, se dispararon entre ellos”, tomando en cuenta estas ideas se lo declara inimputable, según lo establecido en el Artículo 34, no son punibles las personas que no comprendieron la criminalidad de su acto y en este caso el paciente no comprendió porque estaba internado pagando una pena, así como también presentó una xenofobia claramente marcada que representó un peligro para terceros y sí mismo.

En la entrevista individual con el paciente, este relató el hecho ocurrido en su vivienda; exponiendo lo siguiente: “los extranjeros que ingresaron a mi casa me quitaron el arma y se dispararon entre ellos, fue una pelea entre bandas y se dispararon entre ellos yo no dispare, me quitaron el arma, me quitaron el arma”, durante el relato de los hechos se pudo observar varias contradicciones en el discurso del sujeto, como por ejemplo: cambiaba constantemente el número de personas que ingresaron a su vivienda, en primera instancia informó que ingresaron por la puerta que da a la calle, después informó que ingresaron por los techos, después comentó que ingresaron por un ventana de su habitación, según lo establecido por la CIE-10, en el delirio había un tema central, el cual era persistente en el tiempo, alrededor de este tema aparecían un grupo de ideas o una idea delirante, en el discurso del sujeto se evidenció esta información en las múltiples contradicciones que presentó.

Durante el relato, el paciente recalcó, “los extranjeros eran ladrones, los paraguayos y los bolivianos venían a tomar cerveza, eran vagos no trabajan”. Se pudo observar en la entrevista individual, que el paciente no valoró el asesinato como un daño hacia un tercero, a lo largo de su discurso justificó el asesinato, no entendía por qué estaba pagando una pena, si las personas que murieron eran extranjeros y para el paciente las personas con diferente nacionalidad, no tenían derechos; según lo explicado por Muñoz (2008), la paranoia se manifestaba como un desorden de la relación que el sujeto tenía con el ámbito social, la idea incorrecta de la realidad estaba ligada a creencias propias de la persona, en este caso la percepción del interno hacia los extranjeros; mediante esto se reafirmó la peligrosidad del paciente hacia un grupo de personas.

Según la entrevista a la trabajadora social, el paciente al ser declarado inimputable pasó a estar en custodia del Estado, por ello, sus derechos patrimoniales y personales pasaron a ser dirigidos por un curador oficial, en el caso de haber algún riesgo el curador intervenía. En las entrevistas individuales el paciente comentó, “me quitaron las llaves de mi vivienda, y me obligaron a ir con ellos, me encerraron sin mi autorización”, con respecto a esta información, el médico psiquiatra explicó que esta medida fue aplicada de manera excepcional ya que no eran posibles tratamientos ambulatorios por la gravedad del cuadro que presentaba el paciente, según lo descrito por Hermosilla (2012), la internación involuntaria podía llevarse a cabo para prevenir un deterioro importante de la condición de la persona, también se ejecutaba si dicho individuo representaba peligrosidad; como se mencionó en apartados anteriores, la idea errónea que el paciente presentaba hacia los extranjeros, lo hacía peligroso para terceros y para sí mismo, el tratamiento terapéutico adecuado para esta persona solo podía aplicarse en una institución psiquiátrica, tal y como lo establece el Artículo 20, de la Ley de Salud Mental, la internación involuntaria se llevó a cabo al no poder aplicarse tratamientos alternativos.

Siguiendo con la entrevista al médico, este explicó que la adherencia al tratamiento con este paciente presentó dificultades, ya que no aceptaba tomar la medicación, ni la terapia psicología, tampoco aceptaba el consejo terapéutico y en varias ocasiones su tratamiento se interrumpió ya que tiraba la medicación que debía ser consumida, según lo explicado por Safran y Muran (2005), la adherencia se podía llevar a cabo de forma exitosa, mediante la comunicación entre el paciente y el equipo interdisciplinario, en el caso del interno este no aceptaba el consejo de los profesionales de la salud, ya que negaba su enfermedad, por ello la adherencia al tratamiento era casi nula ya que no había retroalimentación entre el paciente y el equipo interdisciplinario; mediante esto, se confirmó la necesidad de que el tratamiento del paciente debía realizarse en una institución mental, tal como lo

establece la Ley de Salud Mental, en el Artículo 14, con esta medida se pudo aportar mayores beneficios terapéuticos al interno.

En la entrevista, la jefe de piso explicó, que se estaba evaluando la posibilidad de externación del paciente, sin embargo, no se llevó a cabo ya que los bienes patrimoniales de la persona estaban en muy malas condiciones. La trabajadora social en su entrevista informó que el paciente ha reclamado en varias oportunidades la devolución de sus inmuebles, por ello, se le solicitó al juez la reparación de la vivienda para que pueda ser habitable, sin embargo, esto no se llevó a cabo; mediante esto, se confirmó, que no se cumplió con el derecho del paciente a estar informado de la situación en la que se encontraban sus bienes, incumpliendo con el Artículo 7, de la Ley de Salud Mental, el cual estableció que el interno tenía derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, incluyendo alternativas a su tratamiento, en este caso el tratamiento pudo ser ambulatorio.

Siguiendo con la entrevista a la trabajadora social, esta informó que el paciente en varias ocasiones acudió al juzgado para que le puedan informar la situación de sus inmuebles, exigiendo su derecho a estar informado, sin embargo nadie le dio razón de ellos, esta situación ponía al paciente en estado de vulnerabilidad, teniendo como resultado el abandono del tratamiento por parte del interno; el paciente se manifestó de la siguiente manera: “ para efectivizar mi rehabilitación necesito la restitución de mis pertenencias que quedaron al poder del estado, desde el año 2004 cuando se me exige la llave de mi casa y se me aparto de ella, debo saber con qué cuento para saber que reclamar, solicito la información pertinente, solicito que se me devuelva todo”, como se mencionó anteriormente el paciente no recibió una respuesta a su pedido puntual, y al no tener familiares que puedan ayudarlo en su proceso de externación, esta posibilidad se limitó, Según lo desarrollado por Martin et al.(2005), el trabajo junto con la familia posibilitaba la adherencia al tratamiento y la estabilidad del mismo, también posibilitaba que el tiempo de hospitalización sea corto, en el caso del paciente al no tener familiares, ni red de apoyo, estaba limitado a vivir de por vida en el hospital psiquiátrico y el abandono del tratamiento era constante.

La trabajadora social informó, que se realizó informes sobre el estado del paciente y la evolución del mismo, tomando en cuenta que el tiempo de internación fue más de una década, estos informes se enviaron al magistrado, el cual envió un equipo interdisciplinario ajeno a la institución, con la finalidad de obtener una nueva evaluación, según lo explicado por Alegría y Iturraso (2010), luego de un tercer informe acerca del estado del paciente y si la internación involuntaria continuaba, el juez debía solicitar una nueva revisión por un equipo interdisciplinario independiente del servicio

asistencial. En el caso del paciente, este equipo interdisciplinario ratificó el diagnóstico de paranoia y adicionalmente informaron que al momento de la evaluación, no se presentaron indicadores de riesgo cierto e inminente que ameriten la permanencia del paciente en la institución mental, sin embargo por la situación de sus bienes, el paciente siguió viviendo en el hospital neuropsiquiátrico, mediante esto se determinó que no se cumplió con el derecho al egreso del interno, incumpliendo con Artículo 23, de la Ley de Salud Mental, el cual estableció que la internación puede ser transformada en voluntaria, cuando cese la situación de riesgo.

La trabajadora social hizo hincapié en la entrevista, en que el paciente podía continuar con el tratamiento de forma ambulatoria según la Ley de Salud Mental, como se explicó en apartados anteriores. De acuerdo a lo desarrollado por Lellis (2011), cuando las causas que determinaron la internación ya no estaban presentes, el paciente tenía derecho al egreso, lo que no implicaba la finalización del tratamiento; sin embargo el interno no aceptó ningún tipo de ayuda y se negaba a cualquier alternativa de tratamiento. La entrevistada comentó que el interno ponía como condición para su externación, que su vivienda sea entregada de la misma forma que la dejó al momento de la internación, y no aceptó otra alternativa de vivienda, esta información es corroborada por los otros profesionales de la salud entrevistados, los cuales informaron que se planteó al paciente la posibilidad de vivir en una pensión cerca del hospital y seguir con el tratamiento de forma ambulatoria, sin embargo este se negó rotundamente.

La trabajadora social comentó que el paciente tenía dificultades para comprender la situación de sus bienes, también presentó falta de juicio autocrítico negándose a cualquier tipo de asistencia; según lo manifestado por Álvarez (1985), en la paranoia se podía observar pérdida del juicio de la realidad, el sujeto era incapaz de discernir entre lo real y lo irreal, en el caso del interno, este se encontraba aferrado a la idea de que el Estado le devuelva sus bienes exactamente igual que al momento de la internación, exponiendo lo siguiente “necesito que el Estado me devuelva mis bienes tal y como los deje, con los libros en su lugar con cada plato, taza y todo lo que deje, cada cosa en su lugar, quiero todo”; en varias ocasiones se le explicó al paciente que esto no es posible, ya que su vivienda al estar abandonada sufrió varios asaltos, entre estos daños se produjo un incendio ocasionado por los vecinos, los cuales quemaron el inmueble, por ello su vivienda no estaba en condiciones de ser habitada; a lo largo de la pasantía se corroboró que el paciente no entendió la información que se le otorgó y siguió con su pedido de devolución.

5.4 Describir el tratamiento psicológico y psiquiátrico que recibió el paciente durante la internación en el hospital.

En la entrevista a la jefe de piso, esta refirió que el tratamiento farmacológico del paciente contenía divalproato de sodio como antiimpulsivo y la quetiapina como un antipsicótico, pensado en el antecedente de ideas delirantes; según la historia clínica del paciente al momento de ser trasladado a la sala de emergencia el interno se encontraba tomando haloperidol y lorazepan. La entrevistada refirió que, el tratamiento para la paranoia era paulatino, se empezaba con dosis bajas y se incrementaba lentamente, el incremento dependía de la tolerabilidad del paciente; esta información fue corroborada por Valencia (2002), el cual informó que el tratamiento que se aplicó en casos de paranoias, se mantuvo a lo largo del tiempo, y se reducía la dosis progresivamente de forma muy lenta, hasta alcanzar la mínima dosis eficaz, para cada paciente.

De acuerdo a lo desarrollado, en relación a los diversos tipos de terapia, en el presente caso, no podemos dar cuenta de la implementación consecutiva de ninguno de dichos tratamientos. Aquel que llevo a cabo un rol de contención y escucha, se encontró de la mano del médico de planta, por otra parte, el psiquiatra señaló que el tipo de terapia llevado a cabo para cada paciente, es particular del caso por caso, en el presente caso y en palabras del médico, la terapia que mejor resultados arrojaría es la terapia cognitivo conductual y la sistémica, ya que el psicoanálisis en estos pacientes no tenía mucha capacidad de insight, esta información fue corroborada por la jefe de piso, la cual comentó que en los últimos años se dieron a conocer varios estudios donde se afirmó la efectividad de la TCC en casos de paranoia, concordando con lo establecido por Yust (2006), el cual refirió que instituciones científicas como la *American Psychiatric Association* incluyen en su guía de tratamientos para la psicosis a la TCC como apoyo empírico. El cuerpo médico recalzó, que esta efectividad la pudieron observar en un ámbito diferente a la sala de emergencias, específicamente en su consulta privada, ya que podían trabajar en conjunto con un equipo terapéutico

Continuando con lo dicho los entrevistados, los pacientes que se encontraban en el hospicio recibieron “terapias con técnicas cognitivo conductuales”, las cuales fueron aplicadas por los psiquiatras y obtuvieron resultados exitosos. Sim embargo, cabe destacar que dicha implementación era parcial, dado a que nunca se alcanzó un tratamiento completo. Esta información fue corroborada por la pasante en la práctica que se realizó, el equipo interdisciplinario trabajó con los pacientes en estrategias de afrontamiento, como por ejemplo : se les enseñó a los internos el manejo del dinero para que su nivel de ansiedad baje, ya que este tema les preocupaba mucho; se les comentó como debían mantenerse aseados, ya que de esta forma podían tener una mejor convivencia con su compañeros de piso, debido a que este tema causaba varios conflictos en la convivencia de los

internos, se trabajó específicamente en estrategias centradas en estos dichos problemas para poder cumplir con el objetivo de bajar el nivel de ansiedad y mejorar la calidad de vida de los internos.

Los entrevistados comentaron que se puso énfasis en la implementación de técnicas para sobrellevar los síntomas y experiencias que provocaban malestar, se exploró mediante ensayo y error las estrategias útiles para cada caso, como por ejemplo: en el caso del paciente del presente estudio, se buscaron talleres de interés para que el interno pudiera ocupar su tiempo libre y así fomentaron su autonomía, el sujeto escogió el taller de computación, ya que le interesó el manejo del internet. De esta forma, se le plateó acudir a diferentes actividades para verificar en cuál de ellas se sentía cómodo; por ejemplo el taller de bijouterie, no le agrado por lo que no acudió más; según lo manifestado por Rodríguez (2014), la TCC trataba de incrementar la tolerancia a la presencia de experiencias psicóticas, de manera que la persona se distanciaba de ellas y podía dirigir su atención a mejorar su calidad de vida, en el caso del interno acudir al taller de computación mantenía su conducta más dócil, ya que en varias ocasiones presentó incidentes por mala conducta.

El médico psiquiatra explicó en la entrevista, que los tratamientos que se aplicaron en la sala de emergencia fueron específicos, estos fueron puntualmente dirigidos a impedir la progresión en la psicosis o bien promovieron la recuperación en personas que experimentaron recientemente el primer episodio de psicosis, Según lo establecido por Fernández, Giráldez e Iglesias (2006), la evolución eficaz del tratamiento estaba relacionada con la detección temprana de la enfermedad, ya que los años precedentes al primero episodio, eran cruciales para establecer parámetros para una recuperación a largo plazo, así como un retraso en el tratamiento podía reducir el potencial terapéutico, por ello, la implementación de la terapia farmacológica, se aplicó de forma inmediata en los internos de la sala de emergencia; en cuanto a la terapia psicología, esta no fue llevada a cabo, como se mencionó en apartados anteriores, por lo cual, no se pudo corroborar lo establecido por los autores en el ámbito psicológico, lo que se aplicó de forma inmediata en los internos de la sala de emergencia, fueron las técnicas cognitivo conductuales, las cuales estaban dirigidas a las causales de angustia de los paciente, por ejemplo: si a un paciente le causaba angustia los ruidos fuertes, se trabajaba con ejercicios de respiración para disminuir la sensación de angustia y se lo reubicaba en un lugar con menos ruido, Con respecto a la recuperación a largo plazo, no se observó este beneficio, en relación a la terapia psicológica, se corroboró que la terapia farmacológica, aplicada de forma correcta y de manera inmediata fue de gran beneficio para los internos manteniéndolos estables a lo largo del periodo que duro la pasantía profesional.

it esté, se mantuvo aseado y también se ocupaba de mantener el orden de su cama y pertenencias.

Tomando a la entrevista como base, el médico refirió que, los profesionales de la salud, trataron de desarrollar habilidades para que el interno pudiera encarar situaciones estresantes, según lo explicado por Rodríguez (2014), el objetivo de la TCC era incrementar la tolerancia a la presencia de factores estresantes y se conseguía que la persona se distancie de ellas, en la pasantía se observó que el paciente tenía una fijación con el tema de sus bienes, esta situación le causaba mucha angustia y estrés, se observó en la práctica que los profesionales trataron de explicarle de la mejor manera cuales eran sus opciones de vivienda, pero el interno no daba espacio a ninguna otra solución que no sea la de la devolución del inmueble, como ya se mencionó en apartados anteriores; por ello, se confirma que para esta situación no hubo una buena aplicación de esta técnica.

Por lo cual, No se determinó, ni se entrenó, una estrategia de afrontamiento adecuada para esta situación, se pudo haber trabajado con el paciente, para utilizar el apoyo social de forma efectiva, identificando el tipo de soporte que necesitaba, ya sea emocional o informativo; debido al tiempo de internación del paciente, la realidad exterior que esté conocía, en cuanto al manejo social y de dinero, no eran los mismos que cuando ingreso al hospital, por lo cual, el regresar a su vivienda, le causaba estabilidad emocional, puesto que, era lo que el interno conocía, considerando esto, se pudo haber implementado modelos de afrontamiento reales, como por ejemplo, buscar un lugar para habitar cerca de su vivienda, y así el paciente podía estar contenido en un ambiente seguro para él y de esta manera los niveles de estrés en el paciente podían estar estables.

En torno a lo expuesto anteriormente cabe destacar que el médico psiquiatra informó, que los pacientes que presentaron una mejor recuperación son aquellos que tuvieron una detección temprana de la enfermedad; refirió que la detección temprana fue dirigida a personas que estaban en riesgo de desarrollar una psicosis o la identificación de los sujetos que ya desarrollaron la enfermedad pero que aún no recibieron un tratamiento adecuado, según lo explicado por Esteve et al. (2015), el objetivo fundamental que se intentó demostrar la hora de practicar intervenciones en las primeras fases de la enfermedad era evitar la cronificación del paciente, para ello, era sumamente importante reducir al máximo el periodo de la enfermedad sin tratar, con respecto a esta información, el médico explicó que las personas que iniciaron más temprano el tratamiento tuvieron mayor conciencia de la enfermedad y pudieron respetar más las pautas terapéuticas, en el caso del sujeto de estudio, la presencia de la enfermedad fue repentina, ya que no se verificaron antecedentes de internaciones previas, como se explicó en apartados anteriores. Por ello, el recibir el tratamiento en los inicios de la enfermedad ayudo a que la misma no presente cronificación, sin embargo no se logró conciencia de la enfermedad.

Siguiendo con lo expuesto anteriormente, la importancia de la detección temprana de la enfermedad condujo, a que se pueda realizar un tratamiento adecuado y específico, según lo mencionado por el entrevistado. Evitando de este modo complicaciones entre el paciente y su entorno y reduciendo al máximo posible las recaídas; según lo explicado por Martin et al. (2005), uno de los objetivos del tratamiento específico, era reubicar al paciente como miembro activo de la sociedad, trabajando en los cambios que el paciente pueda realizar, para esto se identificó de modo simple, claro y específico los objetivos de cambio, en el caso del paciente se lo motivó para que pueda asistir a los diferentes talleres que ofrecía el hospital y así desarrollo habilidades y destrezas que lo ayudaron en su autonomía, también se trabajó en la relación del interno con su entorno, ya que esta, era casi nula y no tenía relación con sus compañeros, mediante los talleres se logró que el paciente interactúe con sus pares.

Mediante la historia clínica del paciente se corroboró que el mismo no tuvo precedentes de internaciones, como se explicó anteriormente, se verificó que una vecina fue a visitarlo en una ocasión y se entrevistó con la trabajadora social, la entrevistada comentó que el paciente no tuvo altercados anteriores, explicó que su comportamiento cambio de manera brusca, según Díaz y Pérez (2008), la paranoia se caracteriza por un inicio súbito, cierto día los sujetos comienzan a tener interpretaciones de carácter delirante; mediante esto se ratificó el diagnóstico de paranoia, la señora explicó, que el interno empezó a recluírse en su casa y casi no salía, tenía precauciones extremas, como por ejemplo: cerrar toda su vivienda, incluso en verano por miedo a un robo.

En relación a la adecuación del tratamiento, según lo relatado por el médico psiquiatra, hubo conciencia de la enfermedad y psicoeducación, llevadas a cabo como estrategias de intervención; se le comunicó al paciente que se encontraba en peligro cuando aparecieron diversos síntomas orgánicos como la aparición de diabetes, mediante este diagnóstico el equipo interdisciplinario se reunió con el interno y le explicaron que estaba en riesgo su salud, le informaron la necesidad de cumplir la prescripción médica, el paciente aceptó el tratamiento psiquiátrico y el prescripto para su diabetes, siguiendo las pautas específicas de su tratamiento; según Cirici (2002), la adherencia al tratamiento es la aceptación del consejo terapéutico por parte del interno, esta adherencia puede referirse a la toma de un fármaco o al cambio de un hábito de vida, esta información se corroboró en la pasantía; cuando el sujeto de estudio aceptó el consejo médico y tomó la medicación sin interrumpirla, se mantuvo estable; el paciente realizó todas actividades diarias sin inconveniente, como por ejemplo: asistió al taller de computación y realizó trámites fuera del hospital. Mediante la historia clínica se

determinó que el paciente pudo pasar periodos sin contratiempos, sin embargo, cuando dejó de tomar la medicación tuvo episodios de violencia como aventarles la medicación a los enfermeros.

En relación a lo que se viene manifestando, la conciencia de enfermedad la misma aparecería como nula, dado que el paciente negaba la presencia de la misma. Tomando en cuenta este factor, se determinó que no se pudo lograr la adherencia al tratamiento de forma exitosa, ya que el paciente abandonó el tratamiento y presentó episodios de violencia, así, como también, la negación a su enfermedad estaba bastante arraigada, según lo desarrollado por Martin et al. (2005), el trabajo con la familia posibilitaba la adherencia al tratamiento y la estabilidad de este, acortando el tiempo de hospitalizaciones y evitando recaídas, ya que el núcleo familiar asistía a los internos en la toma de medicamentos y en el cumplimiento del horario establecido para estos, en el caso del sujeto de estudio, no tenía familiares, por lo cual, el proceso de recuperación se dificultaba; Mansilla (2005), explicó que los pacientes que no presentaron red de apoyo, tuvieron como característica, la carencia de soporte social que proporciona un lugar de residencia, los internos sin un sistema de apoyo, presentaban bajas posibilidades de una recuperación exitosa, ya que, los recursos de apoyo formal estaban ausentes, por ejemplo: en aquellos pacientes sin soporte familiar, que se realizó el proceso de externación, a menudo no tenían un seguimiento adecuado y presentaban recaídas constantes.

En cuanto al ámbito Terapéutico, la falta de un psicólogo de cabecera que pueda aplicar la TCC per se, imposibilitó verificar las propiedades de la misma en el paciente, así como también, dificultó reconocer el sufrimiento del paciente, ya que, no había un espacio terapéutico para que el interno donde pudiera dar a conocer sus miedos o angustias, según lo explicado por Cirici (2002), la empatía o la capacidad del terapeuta de reconocer el padecimiento del paciente y la capacidad para motivar al mismo a cumplir pautas terapéuticas, es de vital importancia al momento de establecer la adherencia. Con respecto a la psicoeducación, esta no se aplicó de forma correcta; con el paciente, se abordó su enfermedad física, y se le explicó el riesgo que presentaba el no tomar la medicación, sin embargo, no se trabajó en ofrecerle una información clara y precisa al interno sobre su enfermedad mental, Esteve et al. (2005), explican que la psicoeducación, trabaja sobre la visión negativa de la enfermedad, las sobregeneralizaciones y el pensamiento dicotómico, a lo largo del desarrollo de este apartado, se mencionó la renuencia del sujeto a aceptar una vivienda alternativa que no sea su casa, mediante esto, se confirma, que el pensamiento dicotómico se encontraba vigente, por lo cual, se concluye que no se pudo modificar la conducta del paciente y sus actitudes con respecto a la enfermedad, en consecuencia la adherencia al tratamiento no se pudo lograr.

En cuanto a los talleres que el hospital ofrecía a los internos, la médica jefe de piso explicó que, estos se realizaron para fomentar la rehabilitación social en los pacientes, el objetivo era mejorar la calidad de vida de los mismos y se fomentó la integración en la comunidad; según lo explicado por Pérez et al. (2010), los programas que combinaron estrategias psicoeducativas y conductuales tuvieron resultados efectivos, produciendo además beneficios secundarios como la disminución de recaídas; esta información se corroboró en la pasantía; cuando el sujeto de estudio acudió al taller de computación se veía motivado, mejoró la relación que tenía con los otros internos y busco actividades fuera del hospital, como por ejemplo: acudió al peluquero para cortarse el cabello. Como se mencionó en el apartado anterior, la psicoeducación no se llevó a cabo de forma correcta, lo que se implementó fueron técnicas para que el paciente pudiera desarrollarse en el ámbito social, se trabajó en el manejo de su economía, explicándole los precios de los servicios, en este caso, la peluquería.

Con respecto a los talleres, estos cumplieron el objetivo de mejorar la calidad de vida del interno, en consecuencia a estos, el paciente mejoró la relación con sus pares, Gómez (2002), explica que en el entrenamiento en habilidades sociales, se utiliza algunas técnicas para el desarrollo del mismo, entre estas se encuentran el feedback y el reforzamiento, a lo largo de la pasantía se observó, que este recurso del feedback se llevó a cabo de forma exitosa, después de cada taller, se realizaba una reunión con el interno, para una retroalimentación de lo aprendido, el interno informaba como avanzaba en sus clases y los conocimientos nuevos que adquiriría, así como el equipo de salud, le informaba los avances que podían verificar y le solicitaban a sujeto de estudio que transmita sus conocimientos a los internos interesados en aprender, en cuanto a los reforzamientos positivos, estos se le otorgaron al paciente de manera constante para estimularlo a seguir con los talleres y fomentar una mejor recuperación.

Siguiendo con la entrevista a la jefe de piso, esta explicó que en el sujeto de estudio, se trató de trabajar tanto en las habilidades cognitivas, como en las habilidades sociales, la entrevistada refirió que se puso énfasis en trabajar con la percepción de la realidad del paciente en cuanto a su enfermedad, como ya se mencionó en apartados anteriores el mismo no tenía capacidad de insight, se trató de mejorar las estrategias de superación en asuntos importantes para el paciente ; según Gómez (2002), el entrenamiento en habilidades sociales, iba dirigido a trabajar el manejo del ámbito social y entrenar habilidades de afrontamiento ante factores estresantes, con respecto a esta información, el paciente presentó incidentes violentos cuando se habló del tema de su vivienda; para trabajar en las habilidades sociales y de afrontamiento, el equipo interdisciplinario le permitió al paciente tener una mascota,

una gata, a la cual debía cuidar, asear y proveer comida, con esto se fomentó el sentido de responsabilidad; en la pasantía se verificó que el paciente llevo acabó con éxito esta tarea y se hizo cargo de su mascota con compromiso. A partir de este hecho, el paciente se pudo relacionar de mejor manera con sus pares, ya que todos los internos estaban muy contentos de tener una mascota y la visitaban en la cama del paciente, esto ayudo a que pueda compartir conversaciones y risas con sus compañeros, en la pasantía se corroboró que el interno compartió el horario de almuerzo con algunos compañeros y hablaron de los cuidados de la mascota, esta situación no se observó antes de la llegada del animal.

5.5 Analizar la evolución de los síntomas durante el proceso de internación.

Según la historia clínica del paciente, al momento de la internación este presentó un discurso de contenido delirante, como se mencionó en apartados anteriores, este discurso se mantuvo durante la práctica profesional por ello se concluyó, que el paciente se encontraba compensado en cuanto a la medicación, pero con su ideación paranoide fija, según Gazitua (2007), el delirio se mantenía en el tiempo y era inamovible, en el caso del paciente dicho delirio estuvo presente por más de una década.

El médico psiquiatra en la entrevista explicó, que la paranoia puntualmente tenía una respuesta adversa al tratamiento farmacológico a nivel general , comentó que prácticamente no respondía; el objetivo de la medicación en el paciente era disminuir un poco el vigor del delirio y la hostilidad , sin embargo las ideas no desaparecieron del todo, según Olivos (2009), el delirio se encontraba bien construido con una temática fija e uniforme, la cual evolucionaba a lo largo de los años sin presentar cambios en las capacidades evolutivas, afectivas y cognitivas; esta información se corroboró en la pasantía, ya que en el sujeto de estudio, no hubo posibilidad de abolir esta ideación paranoide, las interpretaciones delirantes del paciente eran inmutables durante el tiempo, sin embargo el interno presentó grandes habilidades de electricista ya que al momento de la internación este se dedicaba a este oficio y según lo verificado en la pasantía, sus habilidades y conocimiento se encontraron intactos, el paciente ayudo a la instalación de la televisión de la sala de emergencia y se ofreció a instalar la televisión por cable.

En cuanto a la recepción del tratamiento farmacológico , la médica jefe de piso explicó que el paciente al momento de la práctica aceptó totalmente el tratamiento, esta información fue rebatida por el enfermero del turno mañana, el cual mencionó que el paciente no aceptó del todo el tratamiento por ello, se le dio la medicación molida, esta información es corroborada en la práctica profesional; cuando el paciente tuvo inconvenientes con los enfermeros, por tirar la medicación a la basura o aventarles las medicinas a la cara, esta situación se dio, ya que no quería seguir el tratamiento

afirmando que él no es paciente, mediante esto se corroboró que el delirio en el interno se encontraba vigente, no tenía el mismo vigor que hace algunos años pero mantuvo su estabilidad, esta información se corroboró por Bastidas (2004), el cual informó que el delirio puede abarcar toda la vida de los pacientes, por ello una de las características de la paranoia es su estabilidad.

Se verifico que en la lógica del paciente, el no cometió ningún delito ya que las personas que asesinó eran extranjeros, y por ello no tenían derechos como las personas de nacionalidad Argentina, no entienda por qué estaba internado, ya que su idea era razonable; según lo explicado por Caballo et al. (1995), el paciente envolvió la realidad objetiva con su subjetividad distorsionada, por ello, el delirio se presentó para el sujeto como algo lógico ya que partió de hechos y situaciones reales, por este motivo el interno realizó interpretaciones falsas, como por ejemplo: cita textual del paciente “ el gobierno está en contra mía, los que fallecieron era extranjeros”, esta idea es alimentada por la apropiación de sus bienes por parte del estado. Mediante esto se concluyó que la percepción del paciente sobre las personas de nacionalidad extranjera se mantuvo vigente en el tiempo.

En cuanto al comportamiento del paciente, el enfermero comentó que la relación que el interno tenía con el servicio era dividida, no se comportaba de la misma manera con el equipo de enfermeros del turno mañana y turno tarde, con los enfermeros del turno tarde, tuvo varios inconvenientes, comentó el entrevistado; la enfermera del turno tarde tenía miedo de ser agredida físicamente por el paciente, esta duda fue llevada a los profesionales de la salud para que puedan tomar medidas sobre el comportamiento del paciente, ya que, tenía varios dichos preocupantes como por ejemplo “ después se quejan de los femicidios”, así como comportamientos violentos con las personas del servicio, como por ejemplo lanzarles objetos al cuerpo, siguiendo con la entrevista, el enfermero explico que el paciente comentó en varias ocasiones que el equipo interdisciplinario estaba confabulado para perjudicarlo, según Salavert (2016), el comportamiento de los pacientes con paranoia presentó alternancia de periodos de tranquilidad y exacerbaciones, pero con el delirio siempre activo, las exacerbaciones coinciden con ataques frontales a las defensas o delirios del paciente y la presencia de estresores, aunque en ocasiones son espontaneas; se verificó en la pasantía realizada, que cuando el paciente tuvo recaídas, su comportamiento se volvía violento, como se mencionó en apartados anteriores, por ello sus acciones estaban encaminadas a defenderse, se corrobora que frente a los ataques de ira del paciente, su entorno reaccionaba defendiéndose y esto reafirmaba las creencias del sujeto.

Siguiendo con la entrevista, el enfermero comentó que el paciente presentó varias señales de alerta a lo largo de la internación en cuanto a violencia, también refirió que el interno en cualquier momento

podía presentar exacerbaciones, su comportamiento era cambiante; según lo explicado por Salavert (2016), los estímulos desencadenantes de la conducta en los pacientes con paranoia no eran externos, si no internos, con respecto a esta información, el paciente mostro episodios de exaltación atacando a su círculo cercano , esta información se corroboró en la práctica profesional, cuando el interno presentó actitudes fuera de lugar con uno de sus compañeros de piso, el sujeto de estudio se paraba frente a un débil mental y lo imitaba de forma sarcástica y grosera, también realizó comentarios como por ejemplo “ que espécimen tan raro este hombre”.

Las acciones violentas en la paranoia, se relacionan con una defensa producida en relación a su delirio, el cual está revestido de sus creencias particulares, en el caso del interno presentaba una xenofobia muy marcada; ante este comportamiento defensivo, el medio del interno respondía con respuestas en forma de defensa, lo que aumentaba y confirmaba el delirio del interno, en el caso relatado en el párrafo anterior, el equipo de salud, solicito una reunión con el paciente, para informarle que las actitudes que presentaba con su compañero de piso no eran las correctas y que debía cambiarlas, sin embargo no se realizó ninguna intervención psicología para implementar estrategias, que le permitan al interno afrontar estos episodios de exacerbaciones, en concordancia con lo explicado por Spinetto (2007), haber trabajado con estrategias de afrontamiento era de vital importancia para que el interno, pudiera conocer que herramientas tenia disponibles para enfrentar episodios que le causaban alteraciones en su conducta. Se corrobora en la práctica profesional que el interno sentía una fuerte discriminación hacia personas de color de piel oscura y retrasados mentales, en la historia clínica del paciente se corroboró que sus padres emigraron de España a Argentina, por ello, los insultos verbales del paciente eran hacia extranjeros que no son europeos.

Los profesionales de la salud coincidieron, en que el comportamiento del paciente, a lo largo de los años se apaciguó por la edad, el enfermero comentó que en los periodos que el paciente tomó la mediación sin interrumpirla su comportamiento cambio, era más tranquilo y más amable con el equipo médico y no mencionaba groserías, así como en este periodo de adherencia al tratamiento, el paciente se relacionó más con los otros internos en especial con los jóvenes ya que tenía una mirada paternal, recalco el entrevistado.

Como se explicó en apartados anteriores, en el proceso de adherencia al tratamiento se trabajó con estrategias de afrontamiento y se abordó los síntomas que le causaron malestar al interno , según Gómez (2002) las habilidades de afrontamiento se utilizaban ante factores que desestabilizaban a los pacientes, en el caso del interno se trabajó con la autonomía y la responsabilidad, para que el tema de la externación no le cause tanto conflicto, para ello se le permitió tener una mascota, según la

cronología analizada en la historia clínica del paciente, el comportamiento de este cambio de forma radical al tener la responsabilidad de un ser vivo, y esto permitió que el comportamiento del paciente sea más dócil y pueda convivir de mejor manera con sus pares, por ello se concluyó que el paciente tuvo un cambio importante en su comportamiento y pudo tener una mejor adherencia al tratamiento sin embargo no fue totalmente exitosa, que el interno presento varias recaídas y no aceptaba su condición de paciente.

En cuanto a la autonomía del interno se verificó mediante la historia clínica, que mejoró mucho a raíz de asistir a los talleres destinados para la rehabilitación social, sin embargo la negación a la externación, por no cumplir las condiciones que el paciente exigía en cuanto a su vivienda, no hacen posible que se pueda llevar a cabo este proceso, ya que el interno se aferró a esta idea, según Álvarez (1985), el delirio una vez puesto en marcha se convertía en el eje de su vida; la convicción del sujeto de no estar enfermo se mantuvo desde el comienzo de su internación hasta la pasantía realizada . En cuanto al cumplimiento de horarios y reglas, el enfermero explicó en su entrevista que el paciente era muy cumplido con los horarios, tenía una rutina la cual la seguía al pie de la letra, como por ejemplo, se levantaba muy temprano a la mañana, acudía a talleres o al juzgado y regresaba siempre a tiempo para el almuerzo, por ello se concluyó que el paciente si podría tener un proceso de externación exitoso.

6. Conclusiones

6.1 Síntesis de desarrollo.

En el transcurso del presente trabajo se planteó analizar los síntomas con los cuales ingresó el paciente al hospital, en primera instancia el paciente presentó, ideas delirantes, creencias incorrectas sobre la realidad externa y discurso persecutorio, por ello, su diagnóstico fue de paranoia, mediante esto se corroboró lo explicado en Álvarez (1985), el cual planteó que la paranoia presentó un desarrollo delirante con interpretaciones erróneas de la realidad externa; a la largo de la pasantía se ratificó el diagnóstico del paciente, ya que la ideación delirante siguió fija e inamovible aunque más apaciguada por la edad del interno, el delirio del paciente estuvo presente por una década. En las primeras intervenciones realizadas se intentó reducir el vigor del delirio y la hostilidad que presentaba el paciente, este cometido se logró con éxito, sin embargo no se llevó a cabo una atención integral para la recuperación del sujeto, se le otorgo de forma inmediata los recursos farmacológicos, dejando de lado los recursos terapéuticos, por lo cual, a lo largo de la internación no se pudo lograr una adherencia exitosa al tratamiento.

En cuanto a la evolución de los síntomas y el tratamiento farmacológico, se concluyó mediante la historia clínica y las entrevistas realizadas que el paciente no presentó mejoría en cuanto a sus síntomas, ya que no mostró adherencia al tratamiento y no cumplió con tomar la medicación en algunos periodos de tiempo, en dichos periodos el comportamiento del paciente se volvió irascible, con respecto a su percepción sobre no ser paciente, esta no presentó cambios desde la internación hasta el momento de la práctica, esta idea era inamovible, esta información se corroboró con lo descripto por Olivos (2009), el cual comentó que el delirio puede abarcar la totalidad de vida del paciente, este delirio era inmutable ante el tiempo.

Con respecto a los criterios para declarar al paciente como inimputable, se verificó que se cumplieron las normas establecidas por el Código Penal Argentino (1984), en el Artículo 34, ya que el paciente presentó peligro para sí mismo y para terceros, así como no comprendió la criminalidad de su acto, el paciente consideraba estar internado de forma obligatoria y sin fundamento, por ello, se concluyó que la internación en una institución mental era la opción más adecuada para esta persona ya que no existieron otras alternativas de tratamiento que se no sea la internación.

En el transcurso de la práctica profesional, se observó que el paciente presentaba una xenofobia muy marcada, hacia personas de piel oscura, a débiles mentales y a los extranjeros que no tenían descendencia europea, el interno no consideraba a este grupo de personas dignas de su respeto, así como tampoco consideraba, que este grupo humano debía estar amparado bajo las leyes de la República Argentina, debido a esto, el interno tenía la convicción de que el asesinato a dicha población no era un delito, ya que, no los consideraba personas. A lo largo de práctica profesional, el paciente demostró mediante su discurso su molestia por la pasante de nacionalidad Ecuatoriana, no se sentía a gusto y procedía a comentar groserías con respecto a los extranjeros, mediante esto, se determinó que el paciente seguía siendo peligroso para terceros, puesto que no presentaba respeto por la vida y no tenía adquirido el concepto de asesinato, para dicho interno, sus actos estuvieron justificados por la nacionalidad de los occisos.

En cuanto a la terapia psicológica, se concluyó que la mejor terapia en casos de paranoia es la TCC, se comprobó en la pasantía realizada que se trabajó con los pacientes internados en implementar estrategias de afrontamiento, como por ejemplo: se abordó el manejo del dinero y se implementaron talleres para que los internos pudieran aprender un oficio; de esta forma se redujo las experiencias que provocaron malestar en los internos. Mediante esto se confirmó la información otorgada por Rodríguez (2014), el cual comentó que el objetivo de la TCC era incrementar estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes y mejorar la calidad de vida; estas técnicas fueron llevadas

cabo por los médicos psiquiatras, puesto que la sala de emergencia no contaba con atención psicológica, debido a esto, los internos no recibieron atención multidisciplinaria.

la carencia de terapias psicológicas para los internos, no permitió verificar las propiedades de la misma, en relación con una recuperación exitosa, se recalcó en el desarrollo del presente trabajo que los años precedentes al primer episodio eran cruciales para establecer parámetros para una recuperación a largo plazo, así como un retraso en el tratamiento podía reducir el potencial terapéutico, mediante esto se determinó que la falta de apoyo terapéutico, pudo causar inconvenientes en la recuperación y proceso de externación de los internos, en el caso del sujeto de estudio, el proceso de alta de la internación no se llevó a cabo ya que el interno se negaba a abonar el hospital sin la restitución de su inmueble.

Como conclusión final, se verificó que se cumplieron los objetivos planteados en el presente trabajo con ayuda de las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud y el acceso a la historia clínica del paciente.

6.2 Limitaciones del trabajo propuesto

Dentro de las limitaciones del presente trabajo, se encontraban las pasantías en las cuales se desarrolló el proceso de recolección de datos, el cual se limitó a 285 horas, las cuales bastaron para el desarrollo de lo propuesto, sin embargo, hubiese sido más beneficioso una práctica más prolongada en tiempo, de esta forma la información recolectada sería mayor y se hubiese podido realizar un mejor desarrollo de los objetivos planteados. Hubiese sido beneficioso realizar comparaciones con otros casos de paranoia.

Otro punto que no favoreció al desarrollo del presente trabajo fue que la sala de emergencia donde se desarrolló la pasantía no tenía un psicólogo de cabecera, por ello, debido a esta falencia no se pudo observar los aportes de la psicología en cuanto a los casos de paranoia, esto imposibilitó poner en práctica lo aprendido a lo largo de la carrera en cuanto a casos de psicosis. Sin embargo, los médicos psiquiatras implementaron técnicas de la TCC como parte del tratamiento de los internos, se verificó en la práctica que algunos psiquiatras no estaban formados para ejercer este tipo de terapias y por ello no se pudo observar en plenitud los beneficios de la misma ya que se aplicaron técnicas al azar o de sentido común, como por ejemplo: los ejercicios de respiración, el manejo de dinero y el permitirle al paciente tener una mascota, todas estas técnicas fueron utilizadas para aliviar situaciones de angustia que presentaban los internos, no con un fin terapéutico.

Con respecto a las entrevistas realizadas por la pasante, el paciente se mostraba incomodo, en varias ocasiones le pregunto a la estudiante por su nacionalidad; ya que la pasante era de nacionalidad Ecuatoriana y de piel oscura, y como se desarrolló a lo largo del trabajo, el interno presentó una xenofobia muy marcada, esta situación no permitió crear un vínculo entre el paciente y la pasante, ya que, varios comentarios del paciente fueron discriminatorios. La tesista presentó gran resistencia a crear un vínculo con el paciente por el discurso xenófobo del interno, esto no permitió que los objetivos planteados sean desarrollados de forma exhaustiva, ya que no había un entorno de comodidad tanto para el paciente como para la pasante, en varias oportunidades al realizar la entrevista al interno, este no pronuncio palabra llegando a estar en silencio por 40 minutos, estas actitudes no permitían que las entrevistas se puedan llevar acabo con normalidad, tenía que estar presente, algún miembro del equipo de salud, para que el interno colabore con la estudiante.

6.3 Perspectiva crítica

En el desarrollo del presente trabajo, se pudo ver las falencias de la institución mental en cuanto al cuidado de la historia clínica del sujeto de estudio, no se encontraron registros de cuando el paciente estuvo internado en la sala especial para personas declaradas inimputables, por ello no se realizó una comparación amplia de los síntomas del paciente desde su primer diagnóstico hasta el momento de la práctica.

En cuanto a la posibilidad de externación del paciente, se verificó que esta no se llevó acabo ya que el paciente no tenía donde vivir, así como tampoco tenía red de apoyo fuera del hospital, con esto se corroboró que el organismo encargado de velar por la integridad del interno no cumplió su función de forma correcta y el hospital acepto esta situación. Tomando en cuenta que el paciente se encontraba desprotegido por parte del Estado, se recomendaría que la parte de legales del hospital psiquiátrico realice el trámite correspondiente con respecto a la restitución de los bienes del sujeto, ya que al no tener la posibilidad de regresar a su hogar el interno morirá en el hospital.

6.4 Aportes personales

Se confirma en el presente trabajo que el diagnóstico de paranoia y los criterios con los cuales se declaró inimputable al paciente fueron correctos, fue fundamental para el abordaje de esta patología que el diagnóstico fuera acertado, ya que el tratamiento farmacológico que se aplicó en estos casos fue específico y se pudo explicar el mismo en detalle, así como también, se pudo desarrollar de

manera exhaustiva las pautas para que el paciente fuera declarado inimputable, esta significación es de vital importancia, ya que asesino a dos personas y su pena se cumplió en el hospital psiquiátrico, por otro lado, analizando el desarrollo del presente trabajo, se determinó que la detección temprana de la enfermedad posibilitó al paciente una mejor recuperación de la misma, así como la adherencia al tratamiento en los periodos donde se pudo lograr esto, proporciono autonomía al interno y una mejor relación con sus compañeros.

Se verifico la importancia de trabajar en el ámbito farmacológico y en el terapéutico de forma conjunta , ya que, la eficiencia de los tratamientos psicológicos combinados con fármacos se probó en el desarrollo del presente trabajo; se determinó que la reducción de los síntomas es evidente así como la adherencia al tratamiento tiene mejores resultados, sin embargo al no tener la sala de emergencia donde se realizó la práctica, un psicólogo de cabecera, este beneficio no se vio en su totalidad, los procesos terapéuticos fueron llevados a cabo por los médicos psiquiatras entrenando a los pacientes en técnicas para el manejo de sus experiencias psicóticas y estableciendo patrones de comportamiento más adecuado en todos los ámbitos de la vida de los internos.

En cuanto al tratamiento farmacológico que se prescribió al paciente, se concluyó que es el adecuado para su patología, también se verifico que los síntomas en el paciente no cambiaron a lo largo de los años, el vigor del delirio disminuyo por la edad del paciente, pero no desapareció, sin embargo esto no fue limitante para el pedido de externación del interno, ya que el tratamiento se puede seguir en el hospital de día.

Se propuso realizar un estudio longitudinal, con respecto a los pacientes sin recibir terapia psicológica y después recibiendo una terapia cognitivo conductual, de esta manera se podría dilucidar con mayor profundidad la eficacia de las intervenciones psicológicas, bajo el marco de la TCC en los casos de psicosis. Con este estudio se podía evaluar las necesidades de los pacientes así como la solución a estas, este estudio tuvo el objetivo de trabajar con la familia, ya que en el desarrollo de este trabajo se demostró la efectividad de trabajar con el sistema familiar, en el caso de no tener familiares como es el caso del sujeto de estudio, el objetivo fue formar una red de apoyo.

Como beneficioso se recalcó el haber realizado la práctica profesional en un hospital tan reconocido, se pudo observar los trastornos mentales de manera clara y dar cuenta de la sintomatología de estos, los médicos psiquiatras fueron de gran ayuda en el transcurso de la pasantía ya que aportaron muchos conocimientos al desarrollo del presente trabajo, pues durante de la práctica explicaron con detalle el estado de cada paciente y su evolución.

Referencias Bibliográficas

- Acosta, J. O. S. (1989). *Inimputabilidad y sistema*, Salamanca, España: Editorial ceme.
- Aguilar, G. (2005). Historia de la psicología en Bolivia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 15(3), 12-34.
- Alegría, H y Iturraso (2013). *Derecho privado y comunitario: Derechos del paciente*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Rubinzal- Culzoni.
- Alonso M, Bravo F, Fernández A. (2005). Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 92(3); 25-51.
- Álvarez, J. M. (1985). Paranoia y Esquizofrenia. *Revista Recorrido por los clásicos de la paranoia y reflexiones nosológicas*. 15 (4); 2-22.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.) Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- Arango c., Facorro B. (2000). De atención temprana, *Revista libro blanco de la atención temprana*, 55(20);269-284
- Bastidas, M., & Alberto, C. (2004). Vigencia del delirio místico en la semiología contemporánea. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 33(2), 134-145.
- Berrosipi, M., Miralles, M. L., Dueñas, R. M., Tiffan, M. L., & San Molina, L. (2003). El trastorno delirante. Revisando los aspectos de la paranoia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30(6), 304-313.
- Boza, N. E. G. (2011). Discurso y prejuicio: a propósito de la inimputabilidad y perpetuidad de las medidas de seguridad de internamiento en un hospital psiquiátrico. *Revista el Foro*, 11(3), 70-77.
- Caballo, V. E., Buela, G., Carrobles, J. A. (1995) *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid, España: Editorial siglo XXI
- Capponi, R. (1987). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago-Chile: Editorial universitaria.
- Castillo, J. L. (2006). Exploración de la validez de la Escala de Impulsividad de Barratt en la población carcelaria argentina. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(2), 13-35.
- Chiarveti, S. (2008). La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 17(2), 8-17.

- Cirici, R. (2002). La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Revista de psiquiatría*, 29(4), 232-238.
- Cuevas-Yust, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Revista Apuntes de psicología*, 24(3), 267-292.
- Delacroix, J. M. (2008). *Encuentro con la Psicoterapia*. Santiago, Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Díaz, E. J., & Pérez, M. L. (2008). *Afectividad, sugestibilidad, paranoia*. Madrid, España: Editorial Morata.
- Donna, E. (1998). Capacidad de culpabilidad o inimputabilidad. *Revista Jurídica de la universidad de Palermo*, 1(4), 50-55
- Esteve Díaz, N., Román Avezuela, N., González Moliner, M., Fraile Fraile, J. C., & García-Cabeza, I. (2015). Psicoterapia de la psicosis: de la persona en riesgo al paciente crónico. *Revista Clínica y Salud*, 21(3), 285-297.
- Fernandez, O. V., Giraldez, S. L., & Iglesias, P. F. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Revista Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 185-221.
- Forrester, J. (2018). *Sigmund Freud. Partes de guerra: El psicoanálisis y sus pasiones*, Barcelona-España: Editorial Gedisa.
- Ganuzá, A. (2012). El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 247-259.
- Garma, A. (1944). La realidad exterior y los instintos en la psicosis. *Revista de psicoanálisis*, 2(1), 56-82.
- Gazitúa, R. (2007). *Manual de semiología*. Obtenido de <http://publicacionesmedicina.uc.cl/ManualSemiologia/Default.html>.
- Gómez, L. (2002). Evaluación de la combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes con paranoia. *Revista Española de Psiquiatría*, 30(6), 358-369.
- Gutiérrez, Z. V. (2013). Las alteraciones o perturbaciones psíquicas como causas de imputabilidad: especial problemática de la psicopatía. *Revista de derecho*, 22 (9), 39-55.
- Hermosilla, A. (2012). Ley de Salud Mental: antecedentes y perspectivas. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 134-140.
- Hernández Arguedas, F. (2015). La imputabilidad e inimputabilidad desde el punto de vista médico legal. *Revista de medicina legal*, 32(2), 83-97.
- Julien, P. (2002). *Psicosis, perversión, neurosis: La lectura de Jacques Lacan*, Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu.
- Lellis, M. (2011). A propósito de la Ley Nacional de Salud Mental: nuevos escenarios y desafíos para la formación del psicólogo. *Revista Diálogos*, 2(2), 7-25.

- Ley N° 11.179- modificación de la ley 1984. Código Penal de la Nación Argentina. Buenos Aires, Ministerio de justicia y derechos humanos.
- Ley Nacional de salud mental, N° 26.657, decreto reglamentario 603/2013, Buenos Aires, Ministerio de Salud Pública, 2010.
- Lira, N. A. H. (2012). *Manual de psicoterapia cognitivo conductual para trastornos de la salud*. Madrid, España: Editorial Cesian
- Lothane, Z. (1995). El caso Schreber: una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(53), 255-273.
- Malpica, C. R. (2012). Definición, contenido y límites de la psiquiatría contemporánea. *Revista de salud mental*, 35(3), 181-188.
- Mansilla Izquierdo, F. (2005). Red social y apoyo social en enfermos mentales sin hogar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.13(45), 124-129.
- Martín, F., Celia, L., Fombellida Velasco, C., & Herrero Sánchez, J. (2005). Evaluación de un programa de intervención familiar en pacientes psicóticos y con trastornos graves de la personalidad. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16 (94), 07-18.
- Martinez, J y Tomas, E. (2016). Pacientes con psicosis de inicio reciente, una revisión. *Revista Papeles del psicólogo*, 33(1), 48-55.
- Matilla Kepa, K. (2008). Clínica lacaniana de los fenómenos elementales en la paranoia: historia y teoría. *Revista de historia de la psiquiatría*, 8(1), 221-257.
- Mingote Adán, J. C., Pino Cuadrado, P. D., Huidobro, Á., Gutiérrez García, D., Peciña, M., & Gálvez Herrer, M. (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Revista de Medicina y seguridad del trabajo*, 53(208), 29-51.
- Mueller, F. L. (1966). *Historia de la psicología desde la antigüedad hasta nuestros días*, Madrid-España; Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Muñoz, P. D. (2008). El concepto de locura en la obra de Jacques Lacan. *Revista de investigaciones*, 15(15), 88-91
- Nicolini, H. (2009). Estudio del primer episodio de psicosis y sus fases prodrómicas. *Revista Gaceta Médica de México*, 145(2), 79-80.
- Olivos, P. (2009). La mente delirante: Psicopatología del delirio. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 47(1), 67-85.
- Organización mundial de la salud (2008), *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10 th ed.) Washington, DC.: Organización mundial de la salud.
- Parker, K. L. (2007). Goodman & Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica. México DF, México: Editorial McGraw-Hill.

- Pérez Escudero, A., Gil Molina, S., Pina Camacho, L., & García-Cabeza, I. (2010). *Psicofarmacología de la psicosis, elección del fármaco, adherencia al tratamiento y nuevos horizontes*. Madrid, España: Editorial Herder.
- Pinto, M. L. O. (2009). Evolución del concepto de inimputabilidad en Colombia. *Revista Via Iuris*, (6), 52-68.
- Quirós, F. H. (2017). Inimputabilidad, peligrosidad criminal y medidas de seguridad curativas: mitos y realidades. *Revista de la Facultad de Derecho*, 42(4), 72-93.
- Rodríguez, F. (2014). *La recuperación de las personas con trastorno mental grave, modelo de red de redes*. Barcelona, España: Editorial Fundación canaria de salud y sanidad de Tenerife.
- Safran, J., & Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica, una guía para el tratamiento relacional*. México DF, México: Editorial Antares.
- Salavert, J (2016). *Insight clínico y metacognitivo en pacientes con un primer episodio psicótico*. Barcelona, España: Editorial Altaria
- Souza, M. I. V. (2011). El programa de atención psiquiátrica dirigido a enfermos mentales sin hogar. *Revista de estudio psicológico* 16(3), 353-362.
- Spinetto, M (2007, Noviembre). Instituciones en psicogeriatría. *Revista Argentina de psiquiatría*, (46) 19, 423-430.
- Tizón, J. L. (2009). Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(1), 35-62.
- Valencia, M. (2002). Evaluación de la combinación de los tratamientos psicossocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Revista Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(6), 358-369.
- Vallejo Ruiloba, J. (2003) *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. Barcelona, España: Editorial Mason.
- Valverde, C. V. (2006). Atribuciones causales explícitas e implícitas en el delirio: estudio de su especificidad en delirios paranoides y no paranoides. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 11(1), 21-36

