



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS DE LA
EDUCACIÓN**

PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**La función del psicólogo clínico en la atención de pacientes
psicóticos en las instituciones de salud de Guayaquil según las
normativas nacionales e internacionales de salud.**

AUTORAS:

Recalde Salame, Karla Doménica

Vizueta Ross, Ana Denisse

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de

Licenciada en Psicología Clínica

TUTOR:

Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco

Guayaquil, Ecuador

02 de marzo del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Recalde Salame, Karla Doménica y Vizqueta Ross, Ana Denisse**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTOR

f. _____

Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Colamarco Galarza, Alexandra Patricia

Guayaquil, a los 02 días del mes de marzo del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Recalde Salame, Karla Doménica

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **La función del psicólogo clínico en la atención de pacientes psicóticos en las instituciones de salud de Guayaquil según las normativas nacionales e internacionales de salud**, previo a la obtención del Título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 días del mes de marzo del año 2017

LA AUTORA

f. _____

Salame Recalde, Karla Doménica



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Vizueta Ross, Ana Denisse**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **La función del psicólogo clínico en la atención de pacientes psicóticos en las instituciones de salud de Guayaquil según las normativas nacionales e internacionales de salud**, previo a la obtención del Título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 días del mes de marzo del año 2017

LA AUTORA

f. _____

Vizueta Ross, Ana Denisse



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFIA, CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACION

PSICOLOGIA CLINICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Recalde Salame, Karla Doménica**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **La función del psicólogo clínico en la atención de pacientes psicóticos en las instituciones de salud de Guayaquil según las normativas nacionales e internacionales de salud**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 días del mes de marzo del año 2017

LA AUTORA:

f. _____

Recalde Salame, Karla Doménica



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFIA, CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACION

PSICOLOGIA CLINICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Vizueta Ross, Ana Denisse**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **La función del psicólogo clínico en la atención de pacientes psicóticos en las instituciones de salud de Guayaquil según las normativas nacionales e internacionales de salud**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 días del mes de marzo del año 2017

LA AUTORA:

f. _____

Vizueta Ross, Ana Denisse



20 de Febrero de 2017

Informe de Plagio

URKUND

Document	La función del psicólogo clínico en la atención de pacientes psicóticos en las instituciones de salud de Guayaquil según las normativas nacionales e internacionales de salud..docx (D26083736)
Submitted	2017-02-28 14:58 (-05:00)
Receiver	rodolfo.rojas.ucsg@analysis.urkund.com
Message	Trabajo de titulación Recalde y Vizueta Show full message

0% of this approx. 68 pages long document consists of text present in 0 sources.

Tema: La función del psicólogo clínico en la atención de pacientes psicóticos en las instituciones de salud de Guayaquil según las normativas nacionales e internacionales de salud.

Estudiantes: Recalde Salame, Karla Doménica.

Vizueta Ross, Ana Denisse.

Revisor: Psic. Clín. Rodolfo Francisco Rojas Betancourt, Mgs.

f. _____

AGRADECIMIENTO

A Dios.

A cada miembro de mi familia que me ha acompañado, me ha guiado y con sus historias han marcado mi vida y me motivan a seguir.

A Daniel quien además de su apoyo, con sus anécdotas dió lugar para una visión diferente de los médicos.

A mis maestros y a mis amigos y que con discusiones aportaban a mi aprendizaje.

A Ana, quien hizo de esta una experiencia enriquecedora que generó grandes aprendizajes y al mismo tiempo, me permitió ganar una amistad invaluable.

A Rodolfo porque a través de su constante búsqueda de saber hizo surgir nuestro deseo.

Karla Recalde

A mi papá, quien hizo posible cada paso dentro de la universidad.

A aquellos profesores que compartieron esa mirada distinta sobre el sufrimiento humano y dieron lugar a un encuentro con el psicoanálisis.

A Karla, una amistad que no deja de sorprenderme y en los malabares de la vida me sostiene y sonrío.

A Rodolfo que nos hizo dar cuenta que interrogarnos es estar un paso más cerca de hacer una buena clínica.

Ana Vizueta

DEDICATORIA

A mis padres, quienes desde su posición fueron mostrando un camino y al mismo tiempo me dieron los recursos que me permitieron ir haciendo uno propio.

Karla Recalde

A Juan Mateo, me enseñaste a ver más allá de las estructuras.

A Jonathan, aunque las palabras se encuentren agujereadas, haces que cada camino sea distinto con tu presencia. Te mereces cada esfuerzo, por ello, este logro es tanto tuyo como mío.

Ana Vizueta



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFIA, CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACION
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

RODOLFO FRANCISCO ROJAS BETANCOURT

TUTOR

f. _____

ALEXANDRA PATRICIA GALARZA COLAMARCO

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

MARIANA ESTACIO CAMPOVERDE

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

ÍNDICE

RESUMEN	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN	16
JUSTIFICACIÓN	17
CAPÍTULO I	19
Marco teórico: la psicosis.	19
Recorrido histórico de la psicosis	19
Psicosis y su estatuto en la psiquiatría actual.....	25
La psicosis desde la orientación psicoanalítica	33
Contraste de la acepción de psicosis en psicoanálisis y psiquiatría	36
CAPÍTULO 2	41
Marco legal: la intervención con pacientes psicóticos.	41
Normativa internacional	41
Normativa nacional	54
CAPÍTULO 3	63
Metodología.....	63
Planteamiento del problema de investigación.....	65
Objetivos.....	65
Análisis de la información levantada en instituciones de salud.	66
CAPÍTULO 4	71
Esbozo de una propuesta desde la orientación psicoanalítica.....	71
CONCLUSIONES.....	77
RECOMENDACIONES	80
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	83
Entrevistas realizadas en la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA.....	84
Entrevista a Dr. Daniel Vargas Sánchez.....	84
Entrevista a Dra. Pilar Polit.....	86
Entrevista a Psicóloga Jessica Barba.....	87

Entrevista a Psiquiatra Jorge Gencón	89
Entrevistas realizadas en el Hospital Dr. Icaza Bustamante.	91
Entrevista a Psicóloga Paola Córdova.....	91
Entrevista a Psiquiatra Silvia Cedeño Bravo	92
Entrevistas realizadas en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS.....	95
Entrevista a Dra. Mirella Franco	95
Entrevista a Dr. Daniel Alvarado.....	96
Entrevista a Psicóloga Lisbeth Solís.....	98
Entrevista a Psiquiatra Ana Heinert Musello.....	101
Entrevistas realizadas en el Instituto de Neurociencias.	104
Entrevista a Psiquiatra Juan Varas.....	104
Entrevista a Psiquiatra Carlota Manrique	107

TABLA DE ILUSTRACIONES

Figura 1: Elaborado por Rodolfo Rojas en base a Datus de Inés Sotelo.	73
Figura 2: "La nave de los locos" de Bosco.....	83

RESUMEN

La psicosis ha sido un tema enigmático que ha tenido diferentes intervenciones históricamente. En un intento por darle un tratamiento a la psicosis, se han acogido teorías religiosas que postulaban esta estructura como locura. La psiquiatría en sus inicios ha conceptualizado a la psicosis como un padecimiento cuyo origen posiblemente se debe a una disfunción orgánica. Por su parte, el psicoanálisis propone la singularidad de manera imprescindible para la dirección de “la cura”. El psicoanálisis por su parte, propone algo distinto a restablecer al sujeto a un estado de vida convencional; sino más bien que pueda hacer con el malestar que le acontece a partir de una invención propia sobre aquello que lo angustia. Por otro lado, en las instituciones de salud de Guayaquil, prevalecen las intervenciones desde las ciencias médicas planteando un tratamiento farmacológico. De igual manera, las normativas internacionales y nacionales para la atención a pacientes psicóticos, proponen principalmente atención psiquiátrica, dejando de lado todo tratamiento por la palabra, o cualquier abordaje otro. Para finalizar, se avanza en el comentario de un dispositivo terapéutico con orientación psicoanalítica, como un tratamiento posible y diferente al abordaje farmacológico.

Palabras claves: Psicólogo clínico, psicoanálisis, psiquiatría, psicosis, singularidad, instituciones de salud, normativas.

ABSTRACT

Psychosis has been an enigmatic subject that has historically different interventions. In an attempt to give a treatment for psychosis, they have recourse to religious theories that positioned this structure as insanity. Psychiatry in its beginning has conceptualized psychosis as a condition whose origin is possibly due to organ dysfunction. Moreover, psychoanalysis proposes the individuality as essential for the direction of a cure. Psychoanalysis, proposes a different cure, which is not to restore the individual to a state of life conventional; but rather to help the individual to find his own invention over what anguish him. On the other hand, in Guayaquil institutions of health, the main interventions are from the medical sciences, considering mostly pharmacological treatment. In the same way, international and national regulations for the psychotic patient care, mainly propose psychiatric care leaving aside all treatment by the word, or any other approach. To conclude, the research advance with a comment of a therapeutic device with psychoanalytic orientation, as a possible treatment that is different to the pharmacological approach.

Key words: Clinical psychologist, psychoanalysis, psychiatry, psychosis, singularity, health institutions, regulations.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación utilizará la acepción sujeto psicótico haciendo referencia a la clínica psicoanalítica y no a la categoría de “Espectro de esquizofrenia y trastornos psicóticos” (DSM-V, 2013, p. 87), que se utiliza en la medicina. Por esta razón, tampoco se tomará en cuenta la psicosis inducida por sustancias.

Cabe recalcar, que esta diferencia es relevante puesto que en el capítulo cuatro se expone un esbozo de una propuesta para la atención de sujetos psicóticos desde la orientación psicoanalítica. Desde el psicoanálisis, se habla acerca del sujeto psicótico tomando en cuenta los tiempos lógicos del inconsciente, la subjetividad y la modalidad de goce. Lacan, en el Seminario III titulado *La psicosis*, entiende que en el sujeto psicótico se da la forclusión del Nombre del Padre, significante que falta en la psicosis y por ende, no funciona como límite para el real que retorna en el cuerpo como objeto a y angustia al sujeto por no permitirse la castración (1955-56).

Por otra parte, se realiza un recorrido histórico para dar cuenta de los cimientos de la psicosis, asimismo, esclarecer de qué manera es concebida en un principio, para así detallar más adelante las intervenciones que se tienen en la actualidad sobre la psicosis. De esta manera, se hace una referencia a normativas nacionales e internacionales de salud mental, establecidas por distintos organismos.

JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de investigación se enfoca en analizar las complicaciones que tienen los psicólogos clínicos para desarrollar su trabajo en instituciones de salud, para la atención a pacientes de estructura psicótica. Es así, que se da cuenta de posibles factores que se vuelven obstáculos para el desarrollo profesional del psicólogo: la escasa apertura en instituciones de la salud para la intervención del psicólogo clínico, el reduccionismo de pensar la psicosis y su tratamiento solo desde lo orgánico, la dificultad para la atención a partir de la orientación analítica, escasa sociabilización de los protocolos de salud, entre otras.

La apertura en instituciones de salud para la intervención del psicólogo clínico para el diagnóstico y tratamiento de pacientes psicóticos no es la más óptima. De forma general, los pacientes psicóticos son derivados al psiquiatra efectuándose un uso masivo de medicamentos que excluye un posible tratamiento psicológico; el mismo que podría tener su base en la falta de conocimiento y con ello, la proliferación de construcciones sociales poco acertadas acerca de la función del psicólogo clínico. Por otro lado, se conoce que la medicina cuando está en posición de usar el Discurso del Amo, tiende a no considerar a la psicología como ciencia, incrementando la imposibilidad de intervenciones psicológicas.

Es por ello, que la lectura y el análisis exhaustivo hacia los diferentes protocolos que rigen la atención y la intervención en instituciones de salud es de nuestro interés, para así tener un precedente acerca de las dificultades de la función del psicólogo clínico en la atención de pacientes psicóticos. Además, se considera que dichas dificultades pueden tener relación con el incumplimiento de las políticas o que sean ignoradas al momento de atender a pacientes psicóticos, incluso a partir de lo que se propone en la investigación se puede dar cuenta de si existe personal en el área de psicología capacitado para la atención de pacientes psicóticos.

Asimismo, los inconvenientes en el desarrollo profesional del psicólogo en el área de salud se presentan desde la necesidad de adecuar la orientación psicoanalítica y los requerimientos determinados por el discurso médico que dirige y precisa la atención en las instituciones. Cabe recalcar, que la diferenciación del término psicosis según la corriente psicoanalítica y la medicina conlleva a varias estipulaciones teóricas que difieren al momento de hacer clínica.

Finalmente, se propone el presente proyecto de investigación con el objetivo de una mayor inclusión de la psicología clínica para un trabajo interdisciplinario y no como una segunda opción ante casos que se consideren menos urgentes en lo que concierne a la salud mental, trayendo mayores beneficios para la sociedad, porque el trabajo del psicólogo no debe ser tomado como una posibilidad sino más bien como lo que es, un campo necesario, que estudia otra dimensión de lo humano.

CAPÍTULO I

Marco teórico: la psicosis.

En este primer capítulo, se desarrollará un recorrido histórico acerca del estudio de la psicosis, para poder comprender cómo a través de los años se ha ido acogiendo diversas intervenciones y concepciones ante la contingencia de un episodio psicótico. De esta manera, se puede profundizar como la psicosis ha sido tratada según los saberes sociales marcados por la época.

Asimismo, es imprescindible conocer la perspectiva de la psiquiatría, que desde un primer momento ha intentado deducir y realizar intervenciones sobre los sujetos psicóticos con el fin de regresarlos a un estado de bienestar aceptado por la norma social.

Tal como se explica en la introducción, es diferente la concepción de la psicosis desde la clínica psicoanalítica como el de la psiquiatría. Sin embargo, es relevante mencionar, que la investigación está enfocada al estudio de la atención de la psicosis en las instituciones de salud, es por ello, que, para el desarrollo del presente capítulo, se acoge también la noción de pacientes psicóticos, comprendida por el discurso psiquiátrico, en este caso los manuales DSM-V y CIE-10, utilizados en instituciones de salud.

Cabe mencionar, que no podemos dejar de lado el estudio de la psicosis desde la clínica psicoanalítica puesto que se enfoca en posibilitar una intervención al sujeto psicótico desde un paradigma diferente. La clínica psicoanalítica ha aportado, desde un principio, con investigaciones y teorizaciones que buscan dar cuenta de la subjetividad, más allá del discurso imperante de las ciencias que se fundamentan en clasificaciones e intervenciones alejadas de lo singular de cada caso. De esta manera, la psicosis se vuelve un enigma que interroga constantemente a la clínica psicoanalítica, es por esta razón, que en el transcurso de los años, se ha posibilitado un espacio para su estudio.

Recorrido histórico de la psicosis

Desde los inicios de la vida del ser humano se ha intentado dar una respuesta a la causa de las enfermedades. La psicosis es un término no tan moderno, tiene una historia que ha atravesado siglos aunque en un inicio es descrito junto a otras

enfermedades mentales como la locura. Para comprender mejor de quien se habla cuando se dice psicosis se va a describir brevemente la visión que se ha tenido de la locura en la historia, iniciando con los datos obtenidos desde que existe la escritura, en la Edad Antigua hasta la Edad Moderna.

Edad Antigua

La Edad Antigua es el tiempo histórico que va del siglo IV a.C. hasta el siglo XII (Manzotti, 1996, pp. 1-4). En este periodo se desarrollaron diferentes civilizaciones en Egipto, Grecia, Babilonia, Mesopotamia, entre otras. Se puede conocer cómo siglos atrás buscaron la forma de hacer con las enfermedades mentales.

La imagen del loco en general en estas civilizaciones antiguas, es la imagen del personaje desviado. Desviado en relación a lo que era el espacio social, es decir lo que ellos consideraban como la conducta que tendría que ser la normal. Aquel que tenía una conducta extraña respecto a lo normal era loco (Fantin, 2009, pp. 26-27).

Se conoce que en Babilonia los tratamientos eran llevados a cabo en común por un médico, un conjurador y un vidente y consistía en determinar el origen de la enfermedad mediante la observación del hígado y otras artes adivinatorias (Manzotti, 1996, p. 1). Esto continuó años después en Mesopotamia donde van a buscar el origen de las enfermedades mentales en algún órgano del cuerpo. Se observa también como en Mesopotamia aparecen textos en relación a lo que llaman locura. Fantin (2009), explica "...hay textos ahí a partir de los cuales podría hablarse de un aparato psíquico rudimentario solo que ubicado en el tórax o en el abdomen" (p. 26). Menciona que la locura estaba ligada con el Temu (proceso mental que se seguía antes de comunicar o elaborar una decisión.) Para esta civilización la locura era entendida como un "Trastorno del Temu" (Fantin, 2009, p. 26).

En Egipto era reconocido el alto conocimiento de los médicos del Faraón, esto se puede conocer en lo relatado por Homero un tiempo después. A pesar de esto cuando se trataba de enfermedades mentales encontraban la respuesta en la magia y la brujería (Manzotti, 1996, p. 2). Manzotti (1996), menciona que "...cuando se trataba de enfermedades que se manifiestan con fiebre o con dolores de cabeza y en las enfermedades mentales, ayudaba la teoría que hablaba de las influencias

demoníacas, en cuyo caso se buscaba la ayuda de una oración o un “...contraconjuro...” (p. 2). En esta civilización, como en otras de la Edad Antigua, muchas veces encontraban el origen de las enfermedades en la brujería o como castigo de dioses o demonios. Un poco antes de la llegada de Cristo se describe un menor interés por la medicina y mayor interés por la brujería.

Otra de las civilizaciones es la que se desarrolló en Grecia, donde también intentaron darle una explicación a lo que observaban. Se puede ver cierta relación entre lo ocurrido en Mesopotamia y lo que ocurrió luego aquí. Aristóteles habla acerca de la bilis negra para explicar la melancolía. Fantin (2009), expresa “...la enfermedad queda ligada a un desorden de los cuatro humores y de los temperamentos correspondientes” (p. 30). Intentan dar una explicación a través del color de la bilis para los temperamentos y con esto explican la melancolía (Fantin, 2009, p. 30).

En este momento histórico, se destaca como médico a Galeno, al que en la actualidad aún se hace referencia (Manzotti, 1996, p. 4). La medicina árabe se basó fundamentalmente en sus principios y los de Hipócrates. Manzotti (1996), sostiene “Los árabes sostenían que la enfermedad mental era una gracia divina, y se constituyó un sistema asilar para cobijarla” (p. 4).

Se puede resaltar de este momento en la historia el desarrollo de la medicina en general, sin embargo, al no tener una respuesta frente a las enfermedades mentales eran justificadas y tratadas a través de la brujería, dioses o ya con el Cristianismo en Dios; quien se enfermaba era un pecador o estaba poseído.

Edad Media

La Edad Media inicia en el siglo XII hasta el siglo XVI (Manzotti, 1996, p. 4). Se la describe como un tiempo en la historia en la que el hombre estuvo dominado por la iglesia. Esto se ve representado en la política, en el arte, así también se lo observa en la medicina. Hubo desarrollo en la medicina, pero en cuanto a las enfermedades mentales siguen encontrando respuestas en divinidades. Manzotti (1996), afirma “Los locos eran considerados en ésta época como pecadores castigados por Dios y se los recluía por tanto en prisiones, en leprosarios o en hospitales monacales” (p. 4).

Manzotti (1996), menciona que durante este tiempo con el auge de la iglesia Católica algunos monasterios albergaban enfermos mentales. Las personas con enfermedades mentales eran segregadas junto a los enfermos, pobres, vagabundos y criminales, de esta forma excluían a aquellos que no cumplían con el orden social. En 1552 Gilabert Jofré fundó el primer manicomio en Valencia. Esto no implica que hayan tenido un tratamiento diferenciado; la psiquiatría y la psicología aparecen décadas después (p. 4).

Fantin usa el término demonología como articulador para pensar la relación de la edad media con la locura. “La preocupación por la locura se transforma en demonología, la locura tenía que ver con el demonio” (2009, p. 31). El auge de la iglesia Católica muestra mayor interés por cuidar a los enfermos y acompañarlos. Los enfermos mentales no entraban en este grupo privilegiado, debido a que como se consideraba que estaban poseídos se los maltrataba incluso hasta la muerte, para expulsar al demonio y conseguir la vida eterna (Fantin, 2009, p. 31).

El arte nos permite conocer cómo eran vistas las enfermedades mentales en la época. Manzotti (1996), explica “...las representaciones artísticas de la época también muestran a los locos como bestias o como bufones” (p. 4). A través de Bosco y otros artistas se puede conocer como en muchas ocasiones trataban a la locura a través de la extracción de *la piedra de la locura*, esto implicaba que abrían la cabeza de la persona para sacarle una piedra y así curarlo. En estas mismas obras se puede notar la sátira, porque ellos reconocían que la piedra era colocada y no extraída (Manzotti, 1996, p. 4). Fantin (2009), señala “...otra de las imágenes muy interesantes y narradas relativamente poco tiempo después, es la imagen de la nave de los locos” (p. 32). Relata que hubo un momento en el que en estas naves se juntaban todos los de las conductas desviadas del pueblo y se los mandaba para que ya no pudieran volver (Fantin, 2009, p. 32).

Para el final de la época aparece el renacimiento “...se empiezan a ver las cosas con una mirada más terrenal y tratar de entenderlas con nuestro poder de conocimiento sin recurrir a lo divino” (Fantin, 2009, p. 32). Fantin (2009), afirma que a pesar de esto se publica *Martillo de las brujas*, libro para exorcizar a las brujas, muchas de las cuales ahora se podrían ubicar como histéricas (p. 32).

Edad Moderna

La edad moderna inicia en el siglo XV hasta el siglo XVII, se destaca "...por su gran interés por el ser humano, las ciencias y las artes del humanismo" (Manzotti, 1996, p. 5). Es la época en la que la medicina va diferenciando las enfermedades de acuerdo a su etiología (Fantin, 2009, p. 36).

De acuerdo a Manzotti (1996), "El movimiento filosófico predominante en una parte de esta época, el Romanticismo, propulsaba la idea de que la medicina debía conservar la relación con la filosofía, en contraposición con la ya naciente ciencia positivista" (p. 5). De esta manera se busca mantener el contacto con la filosofía sin embargo, ya al final de la época, la medicina estaba orientándose hacia el positivismo. Fantin (2009), hablando del positivismo menciona "...positivismo, en el cual se estaba imbuyendo la medicina misma, es decir, de buscar el conocimiento con una observación ajustada del método científico" (p. 39).

Se puede hablar de la medicina de la salud mental en la edad moderna a partir de tres paradigmas que aparecen sucesivamente: paradigma de alienación, paradigma de las enfermedades mentales y paradigma de estructuras psicopatológicas (Fantin, 2009, p. 39).

Entre los médicos de la edad moderna se encuentra Pinel que va a dirigir su trabajo hacia el paradigma de alienación, él sin embargo ve la necesidad de diferenciar los tipos de locura. En cuanto a la atención de las enfermedades mentales será diferente de la de los demás enfermos; sin embargo, a todas las enfermedades mentales se los agrupa dentro de los alienados mentales (Fantin, 2009, p. 39).

Falret, quien es citado por Fantin (2009), ve la necesidad de salir de este paradigma de alienación acorde a los avances que había en la época dice: "...estamos a contramano de la medicina toda (...) Tenemos que definir enfermedades con un comienzo, una evolución, un pronóstico, un modo de tratarla y una finalización, algún tipo de etapa final para esa enfermedad" (p. 39). Menciona Fantin que Kraepelin hace un cierto intento de diferenciación de las enfermedades mentales. "Se da cuenta que la diferencia no la podía hacer por los síntomas, y por la reunión de síntomas en un cuadro; la sola reunión de los síntomas, por más que se expongan los principales, no determina el cuadro" (Fantin, 2009, p. 40).

Freud aparece en el momento histórico del paradigma de las enfermedades mentales. Fantin (2009), sostiene que con Freud se inicia el camino hacia el tercer paradigma, el de las estructuras psicopatológicas:

Introduce toda una posibilidad en la clínica psiquiátrica para pensar el cuadro de las psicosis, pero también introduce la cuestión de aceptar un principio teórico no basado en la observación pura... ahora se podía aceptar principios teóricos, porque la misma ciencia los usaba. (p. 41)

El amplio trabajo de Freud fue retomado por Jaques Lacan, quien a partir de los avances e investigaciones freudianas busca formalizar teorías para el psicoanálisis. En el texto *Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis*, Schejtman toma a Freud y a Lacan para explicar el recorrido que se ha realizado para la comprensión de la psicosis desde el psicoanálisis: "Lacan retomó una y otra vez los puntos de llegada del trayecto freudiano: a veces para llevar las construcciones de Freud más lejos, otras para revelar la lógica que las sostiene, algunas más para resolver sus dificultades..." (Schejtman, 2012, p. 11).

Lacan hace un estudio de los trabajos de Freud, para hablar de la psicosis hace referencia a los textos la represión y la negación de Freud. Schejtman expresa que "...para Lacan, para que algo sea reprimido-*Verdrangung*- primero tuvo que haber sido admitido en el aparato, en lo simbólico según sus términos" (Schejtman, 2012, p. 21). Es decir, muestra que en la constitución del sujeto se encuentra como principal la admisión de significantes en lo simbólico: para "...Lacan en el *Seminario 3*, son significantes los que se admiten en lo simbólico y también significantes los que se rechazan" (p. 21). De esta manera, Lacan sitúa que existen significantes que son incluidos en el aparato psíquico, pero de igual forma, hay una serie de significantes que son excluidos, a partir de aquí podemos seguir para hacer un enlace de lo que ocurre en la psicosis.

Schejtman cita a Lacan, quien menciona que "Previo a toda simbolización hay una etapa, lo demuestran las psicosis, donde puede suceder que *parte* de la simbolización no se lleve a cabo" (2012, p. 22). Schejtman (2012), aclara que esto no significa que no haya simbolización como tal, solo que algún significante no pudo inscribirse e indica que aun aquí hay simbolización: "algo primordial" es rechazado "...como se sabe, se trata para la psicosis del rechazo de un significante singular: el nombre-del-padre..." (p. 23). Queda de esta manera explicado como en la psicosis no se trata de que no hay simbolización sino más bien de que este significante el

nombre del padre no está inscrito, sin embargo, “El psicótico es un ser hablante y como tal habita el lenguaje” (Schejtman, 2012, p. 23).

De acuerdo a Schejtman (2012), Lacan toma como referencia el texto del *Hombre de los Lobos* de Freud del cual extrae el término Verwerfung y lo equipara al término Ausstossung extraído del texto *La negación*, “En efecto, Lacan nombra Verwerfung (...) ubicándola de esta manera en el lugar de la Ausstossung, como contracara de la afirmación primordial, como contrapartida de la Bejahung” (p. 24). Verwerfung o forclusión, término traído por Lacan, lo pone a contrapartida de la Bejahung que es la inclusión en el aparato psíquico. Es necesario destacar, que lo que ocurre en la psicosis es una Verwerfung o forclusión de un significante singular, como ya se mencionó previamente, del significante del nombre del padre. Se observa así, cómo Lacan logra desarrollar lo que ocurre en la psicosis, dando de esta manera una nueva forma de intervención, que previamente se consideraba imposible, abriendo una posibilidad para estos pacientes.

Psicosis y su estatuto en la psiquiatría actual

La Asociación Americana de Psiquiatría es una organización reconocida a nivel mundial que se encarga del estudio de la salud mental. La APA, por sus siglas en inglés, define a la psiquiatría como la ciencia que se encarga del “...diagnóstico, el tratamiento y la prevención de desórdenes mentales, emocionales y de comportamiento” (American Psychiatric Association, 2017).

Es a partir de los antecedentes históricos de la psiquiatría, que se da cuenta cómo el discurso médico abandona la nosología psicoanalítica que aparece en la edad moderna con Freud, en la cual se proponían las estructuras psicopatológicas del afectado y se proponía un estudio singular del mismo (Fantin, 2009, p. 39). De esta manera, se adopta un enfoque positivista, teniendo una mirada objetiva que se sostiene en diferentes versiones de la enfermedad mental introducidas en los manuales de psiquiatría, tal como ocurría en la edad antigua con la necesidad de adjudicar varias causalidades a la locura, teniendo como resultado un distanciamiento del sujeto y de la filosofía.

El campo de estudio de la psiquiatría se dirige actualmente hacia el pronóstico, diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales, por medio de manuales diagnósticos que se vuelven guías para la práctica clínica de la psiquiatría. El DSM o

como sus siglas lo indican el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2013), presenta criterios de clasificación y características diferenciales sobre los trastornos mentales. Este manual se introduce como un instrumento indispensable para el desarrollo profesional del médico psiquiatra.

La Asociación Americana de Psiquiatría, considera a la psicosis dentro del DSM-V (2013), dentro de la clasificación “Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” (p. 87). De esta manera, el DSM-V comprende a la psicosis como un trastorno de la salud mental, definiendo al trastorno como:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente. (2013, p. 20)

Las manifestaciones clínicas expuestas por el manual DSM-V explican al trastorno mental como una afección que puede tener lugar por una situación ambiental estresante. Asimismo, la psiquiatría plantea que los trastornos mentales pueden tener un origen ya sea hereditario u orgánico, además de que situaciones ambientales pueden influir en la aparición o desarrollo de una enfermedad mental. Aunque aún no se ha demostrado de manera específica una causalidad a nivel biológico, la psiquiatría actual dirige sus teorizaciones hacia un origen orgánico determinado y con ello, sus investigaciones y sus formas de intervención con pacientes psiquiátricos. La Asociación Americana de Psiquiatría (2017), expone en su sitio web cómo el uso de los medicamentos en el quehacer profesional de los psiquiatras está enfocado en remediar el funcionamiento cerebral puesto que se consideran que hay una influencia del mismo en la afección de la salud mental, sostiene que los medicamentos están destinados a “...corregir desequilibrios en la química del cerebro que se cree que están involucrados en algunos trastornos mentales...” (párr. 1).

El DSM-V (2013, p. 87), establece al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos como aquellos en los cuales se presentan: delirios, alucinaciones, pensamientos y comportamientos desorganizados, y por último, síntomas negativos. Más adelante, se explica en el manual cada una de las características claves de este trastorno.

Entre la sintomatología que se establece en el manual de psiquiatría, se da cuenta del delirio como aquellas ideas persistentes más allá de lo convencional que son expresadas con certeza por parte del paciente, el DSM-V explica acerca de los delirios que "...son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra (...) Los delirios se consideran extravagantes si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente" (2013, p. 87).

Por otro lado, se hace una observación sobre la dificultad para diferenciar una creencia firme, de un delirio, "En parte depende del grado de convicción con el que se mantiene la creencia a pesar de las pruebas claras o razonables en contra de su veracidad" (DSM-V, 2013, p. 87). Es decir, se puede estar refiriendo a un delirio cuando se sostiene con firmeza una creencia extravagante aun cuando se presenten argumentos claros en contra de la misma.

La alucinación también se describe como un síntoma característico del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En el manual DSM-V, se explica a la alucinación como "...percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo (...) Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados" (2013, p. 87). Tal como se explica, se define como aquella captación de un sentido sin que se haya presentado un estímulo o una señal externa que lo provoque. Además, se reconoce que hay una mayor alteración en la percepción auditiva en el trastorno esquizofrénico.

Con respecto al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, se añade el pensamiento y comportamiento desorganizado, más allá de las construcciones de ideas delirantes y las alteraciones en la percepción de los sentidos que aparecen en la sintomatología. La Asociación Americana de Psiquiatría expone en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013), que la desorganización y con ello, la falta de sentido en la comunicación de los psicóticos es señal de un pensamiento desorganizado.

El mismo manual plantea que una conducta que puede cambiar de intensidad de un momento a otro, incluso puede presentarse una rigidez o una excitación que se hace presente en los movimientos y comportamiento del individuo. El comportamiento desorganizado, lo explica el DSM-V (2013), como un "...comportamiento motor muy desorganizado o anómalo que se puede manifestar de diferentes maneras, desde las tonterías infantiloides a la agitación impredecible..." (p. 88).

A estas características claves para el diagnóstico de los trastornos psicóticos se introduce finalmente los síntomas negativos. El DSM-V (2013), argumenta que los síntomas negativos son "...responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo menos prominentes en otros trastornos psicóticos. Dos de los síntomas negativos son especialmente prominentes en la esquizofrenia: la expresión emotiva disminuida y la abulia..." (p. 88). Se considera que los síntomas negativos mencionados anteriormente se hacen presentes con mayor frecuencia, los mismos que consisten en un descenso de las actividades, los movimientos, el tono y las expresiones que hacen posible una mayor expresión del discurso y una integración hacia actividades o labores realizadas por una motivación propia. En el mismo texto, el DSM-V (2013), expone varios síntomas negativos como una disminución en el interés, en el placer y en la sociabilidad del sujeto.

El DSM-V (2013), se fundamenta en estadísticas para proponer en su clasificación de trastornos el tiempo de duración, sintomatología, características claves, entre otros. Es por ello, que presenta límites de tiempo entre las enfermedades mentales, incluso procede a establecer que se modifique una categoría por otra, si el límite de tiempo es menor o mayor al que se había estipulado en la primera entrevista con el paciente.

El manual DSM-V no es el único aporte para el diagnóstico e intervención sobre trastornos en la salud mental, existe también el CIE10, acrónimo de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (2003), el cual representa criterios estipulados por la OMS y se utiliza como apoyo en las instituciones de salud. El CIE10 (2003), presenta además una clasificación como la codificación del DSM-V, que inicia desde el F00 hasta el F99 para la organización de trastornos mentales y del comportamiento. La codificación se convierte en un recurso que facilita el reconocimiento de las enfermedades

mentales y provee una categorización de los trastornos según sus características diagnósticas para el sistema en las instituciones de salud.

El DSM-V corresponde a las mismas clasificaciones que establece la Organización Mundial de la Salud en el CIE-10, es por ello, que se pueden encontrar los mismos nombres y codificaciones en ambos manuales. El DSM-V (2013), menciona “La clasificación de enfermedades está coordinada con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud” (p. xlvi). Además, plantea “La estructura organizativa del DSM-5, junto con la armonización con la CIE, se ha diseñado para crear unos conceptos diagnósticos mejores y más flexibles de cara a la nueva era de investigaciones” (DSM-V, 2013, p. 14). Posteriormente, expone que la organización de algunas de las categorías del DSM-V está estructurado según el CIE-11, el cual será publicado en años posteriores. El DSM-V (2013), plantea “los trastornos que se incluyen en el DSM-5 se han reordenado con una estructura organizativa (...) Esta estructura nueva se corresponde con la organización de los trastornos que empleará la CIE-11” (p. xlvi).

El CIE10 (2003), reconoce entre sus categorías enfermedades mentales que dan cuenta de síntomas psicóticos. Entre ellos, se da cuenta principalmente de la “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes” (p. 45). Esta categoría inicia desde el F20 hasta el F29, entendiéndose que cada uno de ellos corresponde a un grupo diferente de los trastornos psicóticos.

El CIE10 (2003, p. 45), comprende grupos y subgrupos en un sistema de clasificación de problemas de salud. Entre los grupos están la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico, el trastorno de ideas delirantes persistentes, psicosis aguda y transitoria, ideas delirantes inducidas, trastorno esquizoafectivo, otros trastornos psicóticos no orgánicos y psicosis no orgánica sin especificación. Además, se presentan en otros grupos de trastornos, categorías diferenciales de enfermedades con síntomas psicóticos.

La codificación de otros trastornos en los cuales se pueden encontrar enfermedades con síntomas psicóticos se encuentran desde el código F30 hasta el F32. Entre ellos, se da cuenta en el CIE10 (2003), la “Manía con síntomas psicóticos” (p. 318), la cual es parte del trastorno del humor F30, en donde se presentan síntomas característicos de la psicosis, pero se diferencian en su grado de intensidad.

Por otro lado, cabe recalcar que dentro de la clasificación del CIE10 (2003), se encuentran el autismo y el síndrome de asperger, correspondiente a los trastornos generalizados del desarrollo, los cuales incluyen en sus pautas diagnósticas sintomatología similar a la que se presentan en los trastornos psicóticos.

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2013), presenta también categorías de enfermedades mentales que están dentro del espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, pero que se los detalla en otros grupos de trastornos, como es el caso de trastornos de la personalidad F60, específicamente el trastorno de la personalidad esquizotípica. Asimismo, se puede dar cuenta en el CIE10 (2003, pp. 317-322), de otras categorías que tienen similitudes en la sintomatología con el trastorno psicótico, pero están dentro del trastorno bipolar y trastornos relacionados F31, trastornos depresivos F32, trastorno delirantes persistentes F22, entre otros.

La Asociación Americana de Psiquiatría expone en el DSM-V (2013), al trastorno de personalidad esquizotípica como una serie de alteraciones mentales y en el comportamiento que son características que se presentan en los trastornos psicóticos, sin embargo, no se la categoriza dentro del trastorno puesto que no son suficientes en su tiempo e intensidad como para clasificarlo en la psicosis, entendiéndose al trastorno psicótico como una afección mental más grave, "...un patrón generalizado de déficits sociales e interpersonales, (...) distorsiones cognitivas o perceptivas, comportamientos excéntricos (...) Las anomalías en las creencias, el pensamiento y la percepción están por debajo del umbral para diagnosticar un trastorno psicótico" (p. 89)

Tal como se mencionó anteriormente, el trastorno psicótico se divide en otras categorías, las cuales serán descritas a continuación. El DSM-V (2013, p. 90) señala al trastorno delirante F22 o trastorno de ideas delirantes persistentes en el CIE10, como un trastorno que cuenta entre sus criterios diagnósticos la aparición de uno o más construcciones delirantes que tienen como mínimo un mes de duración, asimismo, la conducta del individuo no es muy excéntrico y si han existido episodios maníacos o depresivos han sido de corta duración. Es fundamental reconocer que si se ha cumplido el criterio A de la esquizofrenia entonces el trastorno delirante no se tomaría en cuenta para el diagnóstico.

Como sugiere el DSM-V (2013, p. 91), se consideran tipos de delirios entre los que están de tipo erotomaniaco, de grandeza, persecutorio, celotípico, somático,

mixto y no especificado. El trastorno de ideas delirantes persistentes se describe en el CIE10 (2003), como la aparición de una trama de ideas delirantes que pueden estar presentes en toda la vida del paciente. También, se explica que pueden aparecer otros criterios diagnósticos que no son propios de este trastorno como las alucinaciones que afectan el sentido auditivo o el olfatorio (p. 313).

Otra categoría dentro del espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, aparece el trastorno psicótico breve F23, descrito por el DSM-V (2013), como un trastorno que presenta uno o más de los síntomas siguientes: "...al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3): (1) delirios, (2) alucinaciones, (3) discurso desorganizado, (4) comportamiento desorganizado o catatónico" (p. 94). De esta manera, es imprescindible para el diagnóstico de un trastorno psicótico cumplir por lo menos con uno de los síntomas de delirio, alucinación y discurso desorganizado, los mismos que aparecerán de manera repentina. Asimismo, señala que debe tener como mínimo una duración de un día, pero desaparece antes del mes, además no es causado por una lesión orgánica ni es consecuencia de sustancias inducidas (DSM-V, 2013, p. 94).

Más adelante, indica entre las pautas diagnósticas del trastorno esquizofreniforme, en el cual el criterio A expresa la necesidad de que aparezcan dos o más de la sintomatología presente por un mes máximo "...al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3): (1) delirios, (2) alucinaciones, (3) discurso desorganizado, (4) comportamiento muy desorganizado o catatónico, (5) síntomas negativos" (DSM-V, 2013, p. 96). Acompañado de una duración de mínimo un mes pero que no excede los seis meses, además de no ser causado por una lesión orgánica o por sustancias como drogas o medicamentos. El trastorno esquizofreniforme a diferencia del trastorno psicótico breve, debe presentar un síntoma más como mínimo para cumplir con el criterio A, además, se agrega un criterio más que son los síntomas negativos. Asimismo, otra diferencia es el tiempo de duración, el cual puede extenderse hasta los seis meses.

La esquizofrenia aparece como otro trastorno en el cual se hace presente el criterio A del trastorno esquizofreniforme. El DSM-V (2013, p. 99), indica entre los criterios diagnósticos, el descenso de las actividades en diversos ámbitos que engloban la vida del individuo, tales como, el laboral, académico o personal. Por otro lado, se propone como periodo de tiempo seis meses como mínimo en donde los síntomas persisten.

La Asociación Americana de Psiquiatría explica en el DSM-V, como un rasgo que apoya al diagnóstico es la disminución de actividades, despersonalización que llega incluso a mostrar ideas delirantes que terminan con signos de ansiedad o temor a objetos o situaciones que son percibidas por el individuo como riesgosas. La esquizofrenia da cuenta de una alta tasa de personas que tienen una corta esperanza de vida puesto que aun con la medicación, se vuelven pacientes vulnerables a conductas que generan ansiedad, autolesiones o la presencia de síntomas negativos (2013, p. 105).

El CIE10 (2003, p. 309), señala de manera detallada que en la esquizofrenia no hay síntomas patognomónicos, pero la sintomatología que se presenta tiene una vinculación entre sí, como el delirio de que el pensamiento propio es robado o difundido y con ello ideas delirantes de que es controlado o de falta de pertenencia del cuerpo. Por consiguiente, se dan manifestaciones extrañas en el comportamiento, que pueden ir desde la catatonía o la excitación en un periodo corto de tiempo y alucinaciones sobre escuchar voces intrusivas que acompañan la actividad del individuo.

Por último, se presenta el trastorno esquizoafectivo en el DSM-V (2013), como una alteración en la percepción por delirios o alucinaciones en los sentidos que tienen un tiempo de duración que varía entre las dos semanas. De la misma forma, se considera que se debe haber presentado un episodio ya sea maníaco o depresivo. Al igual que el DSM-V, el CIE10 (2003), indica que se manifiestan en este trastorno síntomas tanto esquizofrénicos como afectivos de manera simultánea o con una interrupción de pocos días entre estas manifestaciones (p. 316). Además, el DSM-V expresa que hay un declive en la socialización o en el “funcionamiento convencional en las actividades” y pueden aparecer síntomas negativos, aunque en menor grado de intensidad que en la esquizofrenia (2013, p. 107).

Desde una perspectiva global del CIE10 y el DSM-V, se puede apreciar a los trastornos psicóticos como una alteración mental, que afecta los sentidos con un predominio de alucinaciones auditivas. Asimismo, se desarrollan construcciones delirantes persistentes, que pueden ser de diferentes tipos, tanto persecutorias, de grandeza, entre otros. Se establece que una característica de los trastornos psicóticos es el descenso de actividades o de participación en diversos ámbitos que tenían lugar en la vida del individuo antes de la irrupción de la enfermedad mental. Por otro lado, se da cuenta de manifestaciones extrañas en el comportamiento que

aparecen de un momento a otro y que pueden pasar de una catatonía o rigidez extrema hasta una conducta extravagante. Estas manifestaciones según lo contemplan los manuales anteriormente mencionados, pueden ir desapareciendo por medicación o por otras causas ambientales, procediéndose a clasificar en un determinado trastorno según el límite de tiempo con el que se presente.

Un aspecto relevante es la tasa de esperanza de vida que es señalada por el DSM-V (2013). En el caso de la esquizofrenia, esta tasa puede llegar a acortar el periodo de vida por las alteraciones que llega a causar dicha enfermedad, aunque esto no es un aspecto primordial de este trastorno.

La psicosis desde la orientación psicoanalítica

Freud introduce a la función paterna como un elemento imprescindible para el estudio de las estructuras. En su intento por explicar la psicosis, establece a la verwerfung como causa de la estructura psicótica. (Roudinesco y Plon, 2008, p. 345).

Lacan (1999), desarrolla el concepto de forclusión a partir de la verwerfung y lo orienta hacia la falta de inscripción del significante amo.

Esto es lo que se produce en la psicosis en tanto el nombre del padre es rechazado, es objeto de una Verwerfung primitiva que no entra en el ciclo de los significantes, porque también el deseo del Otro y en especial el de la madre no está simbolizado. (Lacan, 1958, p. 203)

El psicoanalista Daniel Millas (2015), retoma a Lacan, quien, en el principio de su enseñanza, sostiene que lo simbólico ordena lo imaginario, "...lo simbólico imponiéndose y domesticando a lo imaginario" (p.10). Ante ello, Millas afirma que se acoge a la neurosis como referente para estudiar a la psicosis (2015, p. 10).

Borsoi (2009), señala que la forclusión del Nombre del Padre conlleva a que "...el psicótico se ponga a merced del Otro que todo ve y todo habla, experimentando por lo tanto una presencia invasora y consistente para el sujeto". En otras palabras, al no existir un significante que actúe como ley, el Otro se vuelve persecutorio e intrusivo para el psicótico, el deseo y el goce se constituyen como uno solo.

De igual manera, Millas (2015), señala que en la estructura psicótica se produce un corte o una irrupción en la cadena significativa, imponiéndose el S1 como algo que invade y angustia al sujeto (p. 20).

Posteriormente, Millas expresa que “Lacan va a estudiar lo simbólico a partir del Uno y ya no del Otro” (2015, p.10). Lacan reestructura la clínica psicoanalítica de Freud y en su última enseñanza, propone una clínica centrada en el nudo borromeo, donde lo simbólico no será más un registro que esté por encima de lo imaginario y de lo real, sino todos en una “...equivalencia y autonomía” (Millas, 2015, p.10).

Es a partir del desarrollo de Lacan de aquello que se entiende por síntoma que se da cuenta que este tiene una constitución real al estar vinculado con el goce que se satisface por medio del mismo. Ramírez (2008), explica acerca de esta última conceptualización lacaniana, que se da una satisfacción del síntoma “...el cual opera fuera de la articulación significativa y de la significación, es decir, ajeno al saber inconsciente” (p. 8), dando lugar a la clínica borromea.

Lacan plantea al Nombre del Padre ya no como el único significativo que vendría a regular el goce, sino que lo define como una suplencia más y señala que en ausencia de la misma, vienen otros significantes que pueden servir de suplencia también.

Ramírez (2008), puntualiza que la suplencia deja de ser aquello que venga a funcionar cuando el Nombre del Padre haya sido forcluido, se la determina como lo que anuda el RSI y nombra como *sinthome* a este cuarto nudo (p. 9). La suplencia se la reconoce como un recurso singular que sirve de punto de capitón para el sujeto.

Cabe mencionar, que Lacan entiende al punto de capitón, como aquello que “...anuda el significativo y el significado (...) Ésta es la única operación que detiene el deslizamiento de la significación, haciendo que los dos planos se reúnan puntualmente” (Roudinesco y Plon, 2008, p. 1020). Por otra parte, Herrera (2008), señala sobre la función del punto de capitón con los significantes, que son lo que “...impiden que ese deslizamiento sea interminable (como en la psicosis, donde todos los sentidos estables se disuelven)” (p. 52). El punto de capitón o almohadillo, es lo que vendría a hacer función de sujetar o atar un significado con un significativo, posibilitando un sentido para el sujeto.

Por otro lado, los fenómenos elementales son estudiados por el psicoanálisis como un intento que elabora el psicótico por estabilizar su realidad. Millas explica

que en el desencadenamiento psicótico se produce un vacío que sorprende al sujeto, dando lugar al delirio como forma de sostenimiento del sujeto ante lo real. De esta manera, expone que “Es sobre ese vacío que el fenómeno alucinatorio se ubica como una suplencia que viene a colmarlo” (2015, p.18).

Tendlarz (2004), afirma acerca del desencadenamiento en la psicosis, que “En el agujero producido en lo simbólico aparecen las voces alucinatorias (...) este es el núcleo delirante desde donde intenta sin lograrlo construir una metáfora delirante que lo estabilice” (p. 13). Se da cuenta que Tendlarz explica a la metáfora delirante como una construcción que aparece cuando no hay un simbólico que sirva de punto de capitón.

Millas (2015), señala una diferencia entre el delirio y la interpretación delirante. De esta manera, retoma a Freud para explicar que “El delirio es la construcción de una nueva realidad que opera no solo con el sentido, sino también con lo pulsional” (p. 25). El delirio es impulsado por las pulsiones en donde el sujeto psicótico posteriormente realiza una interpretación delirante de ese Otro que se le torna intrusivo. Lacan establece a la interpretación delirante como la “...significación personal...” (Millas, 2015, p. 18). En efecto, la interpretación delirante será aquella puesta en palabras sobre la realidad del paciente que acontece como intrusivo; son las ideas propias del sujeto que sostienen ese delirio.

Por otra parte, Millas sostiene sobre la relación con la significación que tienen los psicóticos, en un primer momento comenta que el esquizofrénico mantiene una relación poco estable con la significación y demuestra un goce que invade su cuerpo, dando lugar a fenómenos elementales correspondientes al cuerpo. Por otro lado, expresa acerca de los paranoicos como aquellos que “...interpretan y reformulan el sentido a partir del encuentro traumático con un vacío de significación” (2015, p. 33). De esta forma, Millas expresa que en la paranoia se le da una significación a lo traumático, intentan dar una significación al vacío.

Millas (2015), continúa lo que establece sobre la paranoia y comenta “Como veremos la certeza del psicótico responde a la imposición del significante solo y desencadenado del sentido. El delirio, llevando la marca de esa intrusión se ordena en una lógica propia” (p. 33). Se considera que el S1 retorna desde lo real y ante la falta de un S2 que le de significación al S1, de esta forma, el sujeto tiene una certeza por esa trama singular que reordena la realidad del sujeto.

Lacan se opone a establecer una causa organicista a la psicosis y con ello, plantea que en la psicosis se da una libertad. Millas (2015), sostiene que para Lacan “...el loco rechaza el semblante paterno, el goce permanece íntimo, ilimitado” (p. 37). Con ello, se refiere a que en la psicosis el goce al no estar regulado por el significante amo, es decir, al no haber límites para el goce, es libre en tanto está a merced de la repetición del primer significante, sin un Otro que marque una ley para el sujeto.

Dentro del campo de estudio sobre la psicosis desde la clínica psicoanalítica, se propone a partir de Miller la introducción de la psicosis ordinaria. Velásquez (2013), señala que “El ser de goce, frente a la puesta en duda de su propio ser, elige algo que sirva como solución subjetiva”. Se considera así que en la psicosis ordinaria, se da cuenta de una suplencia que ayuda a mantener los tres registros unidos, ya sea por medio de un punto de capitón que bien puede ser frágil o estable, lo cual alude a que el sujeto psicótico puede encontrar por sí mismo algo que le haga sostenimiento frente a un Otro que se le impone.

Contraste de la acepción de psicosis en psicoanálisis y psiquiatría

	PSIQUIATRÍA	PSICOANÁLISIS
DEFINICIÓN	La APA, define a la psiquiatría como la ciencia que se encarga del “...diagnóstico, el tratamiento y la prevención de desórdenes mentales, emocionales y de comportamiento” (2016).	“Doctrina y método creados por Sigmund Freud, médico austriaco, para investigar y tratar los trastornos mentales mediante el análisis de los conflictos inconscientes” (Real Academia Española, 2014)
CAMPO DE ESTUDIO	Se dirige actualmente hacia el pronóstico, diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales, por medio de manuales diagnósticos que se vuelven guías para la práctica clínica de la psiquiatría.	La perspectiva psicoanalítica siempre compromete al sujeto, su inconsciente, evitando inscribir a los sujetos traumatizados en las grandes categorías anónimas, en la búsqueda de aislar el detalle, la singularidad, siendo el síntoma quien lo va a orientar para ubicar el goce que encierra; orientación

<p>FORMAS DE CLASIFICACIÓN</p>	<p>El DSM-V y el CIE 10 presentan criterios de clasificación y características diferenciales sobre trastornos mentales.</p>	<p>por lo real (Sotelo, 2015, p. 145).</p> <p>“Las diferencias entre las estructuras subjetivas aparecen cuando nos planteamos cuáles significantes se inscriben y cuáles son rechazados. Y esto, subrayémoslo, no es sin consecuencias. Más aún, es solo a partir de tales consecuencias que podemos plantear un diagnóstico diferencial, porque en la vida no nos topamos con la inscripción o la forclusión -que como tales son de estructura- sino con sus efectos.” (Schejtman, 2012, p. 35)</p>
<p>ORIGEN DE LA PSICOSIS</p>	<p>Dirige sus teorizaciones siguiendo la hipótesis de un origen orgánico determinado. “Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.” (DSM-V, 2013, p. 20)</p>	<p>En la tesis doctoral de Lacan <i>De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad</i>, señala que para él, el origen de la psicosis es psíquico.</p>
<p>OBJETO DE LAS INTERVENCIONES</p>	<p>La intervención va dirigida a “corregir desequilibrios en la química del cerebro que se cree que están involucrados en algunos trastornos mentales” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2016). Las manifestaciones</p>	<p>Tomando el texto de Lacan “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” lo que propone es una intervención para que el sujeto con sus propios recursos pueda construir una respuesta a la falta de ser. En la psicosis las</p>

	<p>pueden ir desapareciendo por medicación o por otras causas ambientales, procediéndose a clasificar en un determinado trastorno según el límite de tiempo con el que se presente.</p>	<p>intervenciones van a ser orientadas por la suplencia o recursos que ya trae el paciente. Ramírez (2008), puntualiza que la suplencia deja de ser aquello que venga a funcionar cuando el Nombre del Padre haya sido forcluído, se la determina como lo que anuda el RSI y nombra como sinthome a este cuarto nudo (p. 9).</p>
<p>FUNDAMENTO PARA SU CLASIFICACIÓN</p>	<p>El DSM-V, se fundamenta en estadísticas para proponer en su clasificación de trastornos el tiempo de duración, sintomatología, características claves, entre otros, incluso procede a establecer que se modifique una categoría por otra si el límite de tiempo es menor o mayor al que se había estipulado en la primera entrevista con el paciente.</p>	<p>El estudio de caso a caso, es el que va a permitir conocer la estructura clínica del sujeto. por el lugar, uso o función que tiene un hecho fenoménico (un síntoma por ejemplo) para el paciente.</p>
<p>SÍNTOMAS</p>	<p>El DSM-V (2013), establece al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos como aquellos trastornos en los cuales se presentan: delirios, alucinaciones, pensamientos y comportamientos desorganizados, y por último, síntomas negativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • DSM-V explica acerca de los delirios que "...son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. (...) Los delirios se 	<p>Millas explica que en el desencadenamiento psicótico se produce un vacío que sorprende al sujeto, dando lugar al delirio como forma de sostenimiento del sujeto ante lo real. De esta manera, expone que "es sobre ese vacío que el fenómeno alucinatorio se ubica como una suplencia que viene a colmarlo" (2015, p. 18). Miller expone que antes del delirio en la psicosis se presentan fenómenos elementales, "los fenómenos elementales son una categoría de la clínica francesa, una categoría retomada por Lacan (...) son fenómenos psicóticos que pueden existir antes del delirio, antes del desencadenamiento de una psicosis." (Miller, 2013, p. 23).</p>

consideran extravagantes si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente” (2013, p. 87). Las construcciones delirantes persistentes pueden ser de diferentes tipos, tanto persecutorias, de grandeza, entre otros.

- En el manual DSM-V, se explica a la alucinación como “...percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo (...) Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados” (2013, p. 87).
- El DSM-V (2013), expone variados síntomas negativos como una disminución en el interés, en el placer y en la sociabilidad del sujeto, expresión emotiva disminuida y

Miller menciona que los fenómenos elementales son: fenómenos de automatismo mental, fenómenos que conciernen al cuerpo y fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad (Miller, 2013, p.23).

- Los fenómenos de automatismo mental: “son la irrupción de voces, del discurso de otros, en la más íntima esfera psíquica, menciona que esto es evidente también en una psicosis desencadenada.” (Miller, 2013, p.23).
- De los fenómenos que conciernen al cuerpo expone que “aparecen fenómenos de descomposición, de despedazamiento, de separación, de extrañeza con relación al propio cuerpo. Se muestra también distorsión de la percepción del tiempo o de dislocamiento espacial.” (Miller, 2013, p. 23)
- Los fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad: “es cuando el paciente dice que puede leer, en el mundo, signos que le están destinados, y que contienen una significación que él no puede precisar, pero que le están dirigidos exclusivamente a él” (Miller, 2013, p. 25).

abulia.

CAPÍTULO 2

Marco legal: la intervención con pacientes psicóticos.

La presente investigación resalta la importancia de las normativas nacionales e internacionales, se considera que sirven de base para la atención de pacientes. En este capítulo se va a seguir utilizando el término psicosis desde la perspectiva médica.

En el campo de la salud existen organismos que van a regular el trabajo con pacientes dentro de cada área. El principal organismo reconocido internacionalmente es la Organización Mundial de la Salud, que tiene el acrónimo de OMS. Asimismo, en Ecuador existe un ministerio dedicado a la salud, es el Ministerio de Salud Pública. A continuación, se va a desarrollar el marco legal de la OMS y del MSP en lo que el tema compete, es decir, en la atención con pacientes psicóticos.

Normativa internacional

La salud mental ha sido desde tiempos inmemorables el objeto de investigación para las ciencias que se ocupan del estudio de los procesos mentales y con ello, el desarrollo de la psiquis del sujeto. Ciencias o saberes desde enfoques positivistas como la medicina u otras de carácter humanista, dan lugar a diferentes concepciones sobre el quehacer profesional en el campo de los trastornos mentales. Organismos internacionales conformados por profesionales de la salud se han encargado de contemplar el panorama de la salud mental y con ello, contribuyen con guías y normativas para la práctica clínica con el fin de otorgar un bienestar mental a diferentes comunidades alrededor del mundo.

El *Plan de Acción sobre Salud Mental* (2013 – 2020) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2013), es un estatuto que muestra diferentes estrategias para prevenir trastornos mentales que dejen en un estado de discapacidad al paciente, por otro lado, promueve también acciones que refuercen un adecuado tratamiento dirigido por las demás entidades de salud. Se menciona en el panorama general del Plan de Acción sobre Salud Mental (2013, p. 6), que es a partir de la 65a. Asamblea de Salud Mental realizada en el año 2012 que se propone la elaboración de un plan de acción que tiene como objetivo dar una respuesta a los

sistemas de salud nacionales acerca de estrategias en el plano de la salud que se vincule a la situación social, que tiene como elementos primordiales para su constitución leyes, políticas, normas, entre otros, de los estados miembros que participan y aceptan los estudios y normativas consolidadas por la OMS.

Debido a que está dentro del marco de investigación de la OMS, el Plan de Acción sobre Salud Mental (2013), acoge la definición de salud propuesta por la OMS, “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 7). De esta manera, las normativas y las acciones que estipula sobre la salud mental son propuestas a partir de lo que se entiende en un primer momento como salud por parte del organismo internacional.

El Plan de Acción sobre Salud Mental (2013), se despliega a través de cuatro objetivos que fomentan alcanzar cambios en las leyes que rigen a nivel gubernamental sobre las personas con trastornos mentales, para ello expone como primordial la participación de los estados miembros y otros estados que acojan el plan de acción para así alcanzar las metas propuestas en el año 2020. Cabe recalcar, que el alcance de cada objetivo depende de directrices que se extienden a lo largo del Plan de Acción sobre Salud Mental (2013), distinguiendo las medidas que deben ser realizadas por los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS y por último, los asociados internacionales y nacionales.

El primer objetivo que establece la OMS en el Plan de Acción sobre Salud Mental es “Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental” (p. 12). El objetivo descrito anteriormente, en las acciones propuestas para los Estados Miembros, explica que es necesaria la cooperación no sólo del gobierno sino también de organizaciones externas que estén implicadas en la resolución de políticas nacionales, las cuales se deben acoger a las normativas internacionales. Asimismo, expone que se debe garantizar que no se segregue a las personas que padezcan un trastorno mental, sino que se tome en consideración sus aportaciones a las leyes que regulen la salud mental a nivel nacional (2013, p. 13).

En las acciones dirigidas hacia el área de la Secretaría de la OMS, establece que se debe aportar a los estados con la planeación del presupuesto de los trastornos de salud mental. También, un punto importante es la cooperación con los demás estados para “Compilar los conocimientos y las prácticas óptimas sobre la elaboración, aplicación multisectorial y evaluación de las políticas, planes y leyes

relacionadas con la salud mental...” (Plan de Acción sobre Salud Mental, 2013, p. 13).

Finalmente, en esta primera meta del Plan de Acción sobre Salud Mental (2013), se determina las acciones de los estados asociados internacionales y nacionales un hecho imprescindible en donde se toma a lugar que las personas con trastornos mentales deben ser consideradas como un “...grupo vulnerable...” (p. 14), de este modo, se da un lugar primordial a la atención y prevención de los trastornos mentales, teniendo como resultado, la obligación de incluirlo en las estrategias urgentes de dichos estados. Además, impulsa a los estados asociados a respaldar la comunicación con las demás naciones que dictaminen leyes o normativas acerca de la salud mental, para así dar lugar a un enriquecimiento entre las políticas asociadas.

El objetivo número dos del Plan de Acción sobre Salud Mental (2013), se caracteriza por esperar que los centros de salud se encuentren abastecidos e integrados por un equipo multidisciplinario y especializado en el área de salud mental que pueda dar una pronta ayuda a los pacientes que presenten trastornos mentales, tal como se puede dar cuenta en la segunda meta, “Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta” (p. 10).

Más adelante, en la sección de las acciones propuestas para los Estados Miembros, es relevante mencionar la propuesta de la OMS para reorganizar los sistemas de atención de salud. Se expone en este apartado un llamado a realizar transformaciones en los niveles de atención a pacientes con trastornos mentales, en tanto se dé una atención en centros de atención diurna conocidos también como hospitales de día, los mismos que puedan realizar un chequeo cada cierto tiempo al paciente, de manera sistemática, en vez de tener una estancia de largo tiempo en hospitales psiquiátricos. “En lugar de atender al paciente en hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, privilegiar sistemáticamente la asistencia en centros de salud no especializados, (...) lo que incluye, además de breves ingresos hospitalarios, (...) centros de salud mental integral...” (Plan de Acción sobre Salud Mental, 2013, p. 16).

Por otro lado, en las acciones propuestas para los asociados internacionales y nacionales, detalla la estrategia de promover la transmisión de conocimientos sobre

los trastornos mentales a todo el equipo de salud con la finalidad de que haya un mayor entendimiento y una mejor práctica clínica con estos pacientes.

De la misma manera, el Plan de Acción sobre Salud mental (2013), plantea que se utilicen terapias que sean reconocidas por el beneficio en la salud mental del paciente, de manera que, estas estén vinculadas también a técnicas conocidas culturalmente, es decir, que puedan ser convencionales para el personal de salud.

El tercer objetivo del Plan de Acción sobre Salud Mental (2013), manifiesta “Aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental” (p. 17). Se da cuenta a partir del tercer objetivo, que la labor de la OMS se preocupa por el alcance que puede llegar a tener la prevención y la promoción de la salud, por medio de políticas y actividades impartidas por los estados. Es así, que se incita al desarrollo de estrategias que prevengan la proliferación de factores que influyen en el desencadenamiento de un trastorno mental, y determina que se debe apoyar en el análisis de las causalidades de índole nacional de una afección en la salud mental, como por ejemplo, la pobreza.

Entre las acciones que se proponen para los Estados Miembros, destaca la prevención de la salud mental mediante estrategias que tengan como prioridad el respeto por los derechos humanos en la asistencia de un paciente con trastornos mentales y así prevenir la estigmatización y la segregación de los mismos (Plan de Acción sobre Salud Mental, 2013).

Posteriormente, las acciones propuestas para los asociados internacionales y nacionales, manifiestan en la estrategia número 79 “Velar por que las personas con trastornos mentales o discapacidades psicosociales participen en las actividades de los colectivos de discapacitados en general...” (Plan de Acción sobre Salud Mental, 2013, p. 19), es decir, que desde un marco legal se reconoce a quienes sufren de enfermedades mentales como un discapacitado en el gobierno, por ende, está en la facultad de participar en las actividades de personas con discapacidad. Además, en la acción número 78 del mismo apartado se establece que por esta clasificación, el gobierno debe garantizar que pueda acceder a una vivienda y a un trabajo, logrando tener un sustento monetario. De esta manera, se especifica que el gobierno debe dar un lugar prioritario a la salud mental, no sólo a la promoción y prevención, sino también al cuidado de la misma cuando ya hay un diagnóstico de trastorno mental y garantizar un sostenimiento económico al ser reconocido como una discapacidad o una invalidez, para asegurar un bienestar económico y social del afectado.

El último objetivo del Plan de Acción sobre Salud Mental (2013), concibe la evaluación y la sistematización de información, terapias, técnicas e investigaciones que aluden a la salud mental, en tanto, se refuerza y se mejora la práctica clínica con las personas que sufren de algún trastorno mental. Básicamente, se centra en el estudio y el análisis de datos estadísticos y con ello, una investigación con un enfoque empirista para formalizar teorías que colaboren al desarrollo de las ciencias que se ocupan sobre la salud mental.

Asimismo, declara en las acciones propuestas para los Estados Miembros, que se tome en cuenta las opiniones de los afectados por un trastorno mental para realizar estudios más acorde a la perspectiva no sólo del personal de salud, además que esta información se recopila con el fin de obtener un mayor flujo de datos para el Observatorio Mundial de Salud. La estrategia mencionada anteriormente se relaciona con una de las acciones propuestas para los asociados nacionales e internacionales, la cual establece el recabar información para obtener "...indicadores básicos de salud mental..." (Plan de Acción sobre Salud Mental, 2013, p. 21), en ella se propone que los estados puedan apoyarse mutuamente para construir sistemas que se encarguen de la búsqueda de causalidades sociales e indicadores de riesgo de la salud mental para una mayor investigación en este campo.

La OMS es uno de los organismos internacionales que predomina en lo que respecta a normativas internacionales, estrategias e investigaciones acerca del desarrollo de la salud mental, por ello es considerada una de las mayores fuentes a nivel mundial acerca de los trastornos mentales y el quehacer profesional del equipo de salud establecido en las resoluciones internacionales que son aplicadas por los estados miembros y los estados asociados a este organismo, influyendo en las normativas, reglas y protocolos nacionales e internos a las instituciones de salud.

La *Guía de Intervención del mhGAP* para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada (2012), es otro aporte teórico realizado por la OMS que corresponde al Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental. Se propone su creación por el presupuesto insuficiente que es otorgado por parte de los estados de ingresos bajos a la salud mental, aumentando de esta manera la brecha que existe para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales. Es así, como expone la OMS (2008), por medio de una tasa promedio que el 14% de la morbilidad mundial corresponden a los trastornos mentales.

Se considera relevante señalar que la Guía de Intervención del mhGAP se constituye como un recurso validado por la OMS que especifica intervenciones que se pueden dar a personas con trastornos mentales desde un centro no especializado de salud, es decir, se hace referencia a centros u hospitales de día, que no tienen categorías especializadas sino que son en la mayor parte de los casos, dirigidos por médicos generales, sin embargo, puede haber un psicólogo o psiquiatra en dichos centros de salud aunque no es común por lo escasos recursos. Principalmente, tal como lo detalla la directora general de la Organización Mundial de la Salud, Margaret Chan, detalla que tres cuartas partes del catorce por ciento de la carga mundial de la morbilidad por trastornos mentales se sitúa en los países de ingresos bajos (Guía de Intervención del mhGAP, 2012, p. III).

La Guía de Intervención del mhGAP, desarrolla una guía para una evaluación y conducción de los trastornos psicóticos. Es así, que realiza una clasificación en la sección de psicosis entre aguda y crónica. En la psicosis aguda, sugiere al equipo médico como primera instancia, observar la sintomatología que presenta el afectado para luego clasificar al paciente según la gravedad de su alteración mental. Simultáneamente, se suscita al médico realizar preguntas breves al cuidador o al acompañante del paciente, sobre la temporalidad del episodio, si ya ha existido o si hay o ha habido algún tratamiento (Guía de Intervención del mhGAP, 2012, p. 18). Finalmente, la intervención del médico se fomenta en abastecer de conocimientos tanto al paciente como al cuidador del mismo, sobre la psicosis. En conjunto a esta acción, se plantea una intervención con fármacos, seguido del ofrecimiento de atención psicológica si esta existiera en el centro de salud, además de brindar un seguimiento si así lo desea el paciente.

La OMS lo explica en la Guía de Intervención del mhGAP (2012), de la siguiente manera: “Si están disponibles ofrezca intervenciones psicológicas y sociales, tales como la terapia familiar o terapia de habilidades sociales” (p. 18). En otras palabras, la intervención de un profesional más especializado en el ámbito de la salud mental queda condicionado a si el centro tiene en su personal de salud un psicólogo contratado por el gobierno para prestar sus servicios en el centro de día, de esta manera, se da cuenta de la dificultad para que haya una intervención más calificada a quienes sufren de algún trastorno mental por los escasos recursos que manejan los estados para la salud mental. También, se considera la voluntad del

paciente de si desea recibir o no una ayuda profesional y con ello un seguimiento y tratamiento de su salud mental (Guía de Intervención del mhGAP, 2012, p. 18).

La decisión del paciente refiere a que se tome en cuenta sus derechos en tanto si desea o no llevar un tratamiento periódico pero deja por fuera tomar medidas diferentes si el paciente es un peligro para sí mismo o para la familia.

En el mismo apartado, la Guía de Intervención del mhGAP (2012), hace una diferencia en las acciones que debe realizar el médico si se trata de una psicosis crónica. Se manifiesta de un modo decisivo iniciar un tratamiento si el paciente no está recibiendo uno. Por otro lado, concibe una atención continua del paciente para evaluar si está respondiendo de manera exitosa al tratamiento, en caso contrario se establece que se aumente la medicación o que se la cambie (Guía de Intervención del mhGAP, 2012, p. 19). Es necesario hacer referencia a que la Guía de Intervención del mhGAP, sostiene que nuevamente se realiza un ofrecimiento de un tratamiento psicológico si es que se contara con el personal capacitado pero se orienta a trabajar con la corriente cognitiva conductual en el caso que así fuera (2012, p. 19).

La Guía de Intervención del mhGAP (2012), propone intervenciones dentro del campo de la psicosis como la psicoeducación, la cual se centra en una comunicación que busque un mayor conocimiento del trastorno mental, además de una motivación para que el sujeto continúe con un proceso de tratamiento de la enfermedad mediante la colaboración del paciente y de la familia (p. 20). Asimismo, la familia tiene un papel importante en esta intervención puesto que al ser los cuidadores del paciente deben saber también sobre el trastorno mental.

En la psicoeducación se informa a los familiares que el sujeto puede llegar a "...oír voces o creer firmemente cosas que no son ciertas" (Guía de Intervención del mhGAP, 2012, p. 20), de este modo, se los informa de la presencia de pensamientos o acciones incoherentes que puede tener un psicótico, además se inculca la importancia de actividades recreativas o sociales para que no haya un deterioro en la salud mental. Las actividades recreativas se fundamentan de mejor manera en la segunda sección de los detalles de intervención de la Guía de Intervención del mhGAP (2012, p. 20), en donde se aconseja que haya una comunicación con las organizaciones de servicios sociales, para que no haya una exclusión del sujeto. Además, se impulsa a participar en diversas ocupaciones educativas y sociales que faciliten la vinculación del afectado con la sociedad. Finalmente, se expone la

importancia de un seguimiento y su temporalidad según la gravedad de la enfermedad. El seguimiento puede variar en su ejecución ya sea diariamente, como puede llegar a ser mensual o trimestral, en el cual se da una evaluación de los signos que presenta el paciente y si hay una mejoría o un decaimiento en el tratamiento del mismo (Guía de Intervención del mhGAP, 2012, p. 20).

En lo que concierne al tratamiento psicosocial se plantea que en el seguimiento se "...evalúe la necesidad de realizar intervenciones psicosociales..." (p. 20). La Guía de Intervención del mhGAP (2012), hace una última indicación en donde manifiesta una vital importancia del tratamiento farmacológico para el bienestar del paciente, es así, que hace una declaración sobre la importancia de comenzar en dosis bajas por los efectos secundarios que puede ocasionar la medicación; "Comience con dosis bajas y aumentelas lentamente. Con el fin de reducir el riesgo de efectos secundarios..." (p. 21). De esta forma, se muestra entre las normativas para la práctica clínica con sujetos con trastornos mentales, como parte esencial para el éxito en el tratamiento del mismo, la medicación que se induce según la sintomatología y la trascendencia de la enfermedad mental. Cabe mencionar, que si el sujeto no responde a la medicación aun con aumento en su dosis o cambio por otros fármacos, se debe analizar si el diagnóstico es correcto. "Si la respuesta es inadecuada a más de un medicamento antipsicótico, (...) revise el diagnóstico" (Guía de Intervención del mhGAP, 2012, p. 22).

La *Guía Clínica y Terapéutica* (2016), de la organización no gubernamental Médicos Sin Fronteras responde a un compendio preciso que cuenta con la elaboración de una asistencia esencial en el programa curativo de diversos trastornos. Esta guía se fundamenta con demás tratados de la OMS y son un referente para una rápida intervención por parte de centros asistenciales u hospitales.

El capítulo once constituye los trastornos psíquicos en la edad adulta, en el cual muestra al igual que la Guía de Intervención del mhGAP, una clasificación de dichos trastornos según la intensidad de la sintomatología en psicosis aguda y psicosis crónica. Se considera que el tratamiento del trastorno psicótico está sujeto a las actividades psicosociales y a la adherencia a un plan farmacológico que contrarreste las alteraciones psíquicas y comportamentales del sujeto.

Cabe mencionar, que la Guía Clínica y Terapéutica, plantea que si no hay riesgos para la salud del paciente o de la familia, se procede a tener un seguimiento

periódico del mismo y no se hace un internamiento en un hospital especializado en trastornos mentales (2016, p. 319).

La Guía Clínica y Terapéutica (2016), describe los signos clínicos que se presentan en los trastornos psicóticos, para así tener un pronto diagnóstico y así empezar con el tratamiento médico. El manejo del trastorno psicótico es manifestado por la guía a partir de dosis de fármacos para aliviar el malestar del paciente, se expone asimismo un cuadro sobre medicamentos tales como "...risperidona y haloperidol" (p. 320), que pueden calmar al paciente en su brote psicótico y otros fármacos que buscan disminuir niveles de ansiedad y la angustia del paciente, por último, síntomas que persisten en el desarrollo del trastorno. Se refiere a este tratamiento como aquel que "...tiene por objeto reducir el sufrimiento psíquico y los síntomas invalidantes especialmente en el plan relacional (...) El tratamiento debe seguirse durante al menos un año con reducción progresiva de las dosis" (p. 320).

Por otro lado, la Subdirección de Salud Mental de Murcia elaboró la *Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental* (2009), en la cual sostiene diversos lineamientos para un mejor manejo de la esquizofrenia. También, expone intervenciones desde distintas áreas, como la intervención por parte de profesionales en el campo de la psiquiatría, enfermería, psicología y trabajo social.

Como primer punto, sitúa realizar un diagnóstico exhaustivo en donde se procede a hacer una "Historia clínica psiquiátrica, historia psicosocial e historia psiquiátrica familiar, examen del estado mental, (...) exploración neurológica (...) estudios neuropsicológicos..." (p. 13). Asimismo, acoge a los manuales psiquiátricos DSM-IV y CIE10 para realizar las valoraciones del trastorno mental. Posteriormente, se realiza un diagnóstico diferencial con otros trastornos que puedan tener la misma sintomatología (p. 13).

La Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia (2009), tiene un apartado en la cual explica la intervención de la esquizofrenia desde la psiquiatría, en el cual plantea que "...para mayor claridad del abordaje, se describe la intervención farmacológica en los siguientes estadios o fases de la esquizofrenia: Primer episodio, Fase aguda, Fase de estabilización y Fase de estabilidad" (p. 15). En otras palabras, el tratamiento farmacológico y las recomendaciones pautadas dependerán de la gravedad de los síntomas y de las cuatro fases expuestas

anteriormente. Es así, que se determina una serie de recomendaciones según la fase.

Las recomendaciones que se determinan para el primer episodio de la esquizofrenia en la Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia (2009), se inclina hacia una atención rápida en donde se registre los síntomas que presenta el paciente, además de medicar con una dosis baja en el uso de antipsicóticos. Sostiene que “Hay que observar y documentar detalladamente los signos, síntomas y la evolución para tratar de diferenciarlos de otros trastornos (...) Los antipsicóticos deben pautarse a la mínima dosis eficaz para el primer episodio de la esquizofrenia” (p. 16).

Más adelante, sugiere en la fase aguda del trastorno, que la elección de los fármacos se realice con la opinión del paciente o del cuidador, puesto que los datos referidos sobre los beneficios y los efectos secundarios que puede llegar a tener el medicamento será más fácil de saberlo según lo que expresen ellos. La Subdirección de Salud Mental de Murcia explica que “En la medida de lo posible elegir el antipsicótico conjuntamente entre el paciente y el médico, teniendo en cuenta la información disponible respecto a los beneficios y posibles efectos secundarios de cada fármaco” (p. 16).

Además, se plantea que la intervención farmacológica debe estar acompañada de actividades que se enfoquen en el desarrollo social, emocional y de otras índoles. Sin embargo, no se menciona aquí qué profesional se encarga de dichas actividades. De esta forma, la Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia (2009), sostiene que la intervención farmacológica “...debe formar parte de un programa integral de cuidados dirigido a las necesidades clínicas, emocionales y sociales del paciente” (p. 16).

En otro aspecto, se considera relevante cómo la guía menciona que la dosis correcta es una que no ocasiona efectos secundarios que causan mucho malestar al paciente. La Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental (2009), retoma en el cuarto ítem entre las recomendaciones para la fase aguda lo anteriormente descrito sobre los medicamentos, “La dosis recomendada es la que resulta eficaz y no provoca efectos secundarios difíciles de tolerar por el paciente...” (p. 16).

Luego se encuentra la fase de estabilización, en la cual la Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental (2009), se

centra en el monitoreo del estado del paciente, con el fin de mantener la dosis de los fármacos que se estableció en la fase aguda “...durante seis meses” (p. 17), o encontrar la cantidad de dosis exacta para que no se presenten efectos secundarios que causen un sufrimiento insostenible al paciente.

Por otra parte, la Subdirección de Salud Mental de Murcia especifica en la última fase conocida como fase estable, el uso imprescindible de los antipsicóticos puesto que “...reducen de forma considerable el riesgo de recaída en la fase de estabilidad...” (Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental, 2009, p. 17). Es decir, según esta guía, los medicamentos antipsicóticos tienen un factor decisivo en la estabilización de la sintomatología del trastorno, por ende, el uso de los mismos debe estar presente a lo largo de la vida del paciente como medida para prevenir recaídas en la salud mental.

Finalmente, es fundamental dar cuenta que la Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental (2009), fomenta las actividades psicosociales “...como complemento terapéutico eficaz al tratamiento farmacológico” (p. 17), de esta manera, se sugiere que el paciente realice actividades psicosociales aunque se lo propone como un elemento de apoyo a la intervención farmacológica, resaltando una vez más el uso de antipsicóticos como un factor prioritario para la mejoría de la salud mental del afectado.

Otro punto a tratar en la Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental (2009), son las intervenciones posibles por parte del área de psicología para el tratamiento de la esquizofrenia. La Subdirección de Salud Mental de Murcia manifiesta que este tratamiento se da en conjunto a la intervención farmacológica y da cuenta de una serie de tratamientos que pueden ser puestos en marcha según la gravedad del trastorno mental (p. 35).

La intervención familiar es la primera terapia psicológica expuesta en la guía. En ella, se da una intervención ya sea solo con el paciente o con la presencia del mismo y su familia; en dicho tratamiento se realiza una psicoeducación, con el fin de que la familia además de conocer qué padece el paciente, pueda advertir de una posible recaída del sujeto. De esta manera, se plantea en la Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental (2009), comenta acerca de lo anterior, que “...las sesiones realizadas con el paciente y su familia, bien individualmente (formato uni-familiar) bien en grupo (formato multi-familiar) (...) La intervención incluye psicoeducación para el paciente y la familia, detección de

síntomas de alerta e intervención en crisis...” (p. 35) y recomiendan que deben durar “más de seis meses e incluir al menos diez sesiones planificadas” (p. 35).

Posteriormente, se menciona la terapia cognitivo conductual, en la cual se intenta fijar alguna conexión entre los pensamientos actuales con la historia del paciente, además, cuenta con un registro de dichos pensamientos y de las conductas. La Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental (2009), plantea que hay “...relaciones entre sus pensamientos, sentimientos y acciones con respecto a los síntomas actuales o pasados (...) La intervención debe implicar registro de pensamientos, sentimientos y conductas respecto de sus síntomas...” (p. 36).

Además, establece como terapia alternativa el entrenamiento de habilidades sociales, la cual usualmente es trabajada en grupo y se enfoca en que el desarrollo de habilidades sociales para que las actividades en la sociedad no se le tornen estresantes y no causen un decaimiento en la salud mental. Es así, que la Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental (2009), expresa que el fin de esta terapia es “Mejorar la competencia social. Reducir el estrés y la ansiedad que puedan provocar las situaciones sociales...” (p. 37).

Más adelante, expone la terapia psicodinámica, la cual, a diferencia de las otras terapias, se realiza sólo con el paciente y el terapeuta y puede ser de orden directiva con el uso de tareas que fomenten una mejoría en el paciente (Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental, 2009, p. 37).

Asimismo, la guía detalla la terapia de apoyo y consejo y la intervención motivacional. Ambas se centran en la percepción que tiene el paciente de sí mismo para de ahí poder incentivar un cambio en la vida del paciente. Para ello, es necesario que haya una buena transferencia con el paciente (Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental, 2009, p. 38). Por último, especifica la rehabilitación cognitiva, como una terapia en la que se desarrolla los procesos mentales del paciente. Es necesario mencionar, que no la propone como un tratamiento prioritario para el manejo de la esquizofrenia puesto que tal como lo indica la Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental, “No hay suficiente evidencia como para recomendar su uso en pacientes con esquizofrenia...” (2009, p. 39).

Es de suma importancia, dar cuenta que la Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental, recomienda determinadas pautas a seguir para el manejo de la esquizofrenia desde la psicología a partir de tres fases de la esquizofrenia.

En primer lugar, está la fase aguda en donde se recomienda que la intervención psicológica se oriente a lo que se podría llamar una psicoeducación puesto que se informa tanto al paciente como a la familia, las características del trastorno mental, los tratamientos, la asistencia de salud, entre otros. La Guía Práctica Clínica para el tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental (2009), argumenta que la fase aguda debe estar a cargo de un "...profesional de la salud con experiencia" (p. 39). Luego, enuncia que en la fase de estabilización se realizan la psicoeducación e intervención familiar según el caso (p. 39). La guía concluye recomendando dos intervenciones más en la fase estable, las cuales son seguir con la intervención familiar y la terapia cognitivo conductual. En la intervención familiar, el psicólogo deberá analizar si resulta mejor trabajar con la familia y el paciente, ya sea "...bien individualmente (formato uni-familiar) bien en grupo (formato multi-familiar)..." (p. 35).

En conclusión, la intervención a personas que presentan un trastorno psicótico es planteado por organismos internacionales como una asistencia regida por un tratamiento farmacológico para reducir la intensidad de los síntomas presentados. Es decir, que se considera imprescindible el manejo de medicamentos para disminuir el sufrimiento de la persona por las alteraciones psíquicas que se efectúan y además si se presenta ansiedad o angustia en el desarrollo del trastorno se promueve el uso de fármacos que actúen en conjunto para calmar al paciente. Además, la OMS a diferencia de Médicos Sin Fronteras, establece que si hay personal especializado para brindar ayuda psicológica entonces se ofrezca al paciente asistir a actividades psicosociales o terapias, según la gravedad del trastorno. De esta manera, se da cuenta que la intervención psicológica queda en un segundo plano, condicionado a los recursos de los centros de salud y se ofrece un seguimiento periódico para evaluar si la medicación y los consejos del médico están beneficiando a que el paciente no tenga un deterioro en la salud mental. Cabe mencionar, que la Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental de Murcia al igual que la Guía de Intervención del mhGAP detalla qué proceso seguir con un paciente que sufre un trastorno mental, aunque la

primera guía mencionada especifica el manejo del trastorno según el profesional de salud que forma parte del mejoramiento del paciente. Además, plantea intervenciones según fases de la esquizofrenia, ayudando a que la intervención sea más precisa y dando lugar a terapias psicológicas y recomendaciones acerca de la efectividad y la ayuda que precisan cada una de ellas según el desarrollo de la sintomatología del trastorno mental.

Normativa nacional

Las normativas nacionales en la salud, van a estar acogidas a las leyes del Ecuador, de igual manera la creación o publicación de ellas estarán acogidos a estas. Es por esto que se ve la necesidad para la presente investigación de mencionar brevemente el lugar de la salud mental dentro de las normativas nacionales.

El Ecuador está regido por la constitución del año 2008, que es la norma suprema. En el Art. 1 menciona entre otras cosas que tipo de estado es “Es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico...” (Constitución de la República, 2008, p. 23). Su soberanía radica en el pueblo, por esta razón se crean organismos para que a través de ellos el pueblo ejerza su poder. Esto consta también en el Art. 1 “... la soberanía radica en el pueblo, cuya voluntad es el fundamento de la autoridad, y se ejerce a través de los órganos del poder público y de las formas de participación directa previstas en la Constitución...” (Constitución de la República, 2008, p. 23).

En la constitución en el capítulo segundo: Derechos del Buen Vivir en la séptima sección habla acerca de la Salud. En el Art. 32.- dice que esta debe ser garantizada por el Estado “...mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva...” (Constitución de la República, 2008, p. 34). Menciona también que debe estar vinculada al ejercicio de otros derechos (p. 34). Es decir, en este artículo menciona que el Estado garantiza la salud a través de políticas, programas, acciones y servicios.

El Congreso Nacional en el año 2006 considerando entre otras cosas “que se hace necesario actualizar conceptos normativos en salud, mediante la promulgación de una ley orgánica que garantice la supremacía sobre otras leyes en esta materia...” (Ley Orgánica de Salud, 2006, p. 1). Expide la Ley Orgánica de Salud, de la cual en el año 2012 la Asamblea Nacional hace una reforma para incluir enfermedades raras o huérfanas y catastróficas (Registro oficial N. 625, 2012, p.4).

La Ley Orgánica de Salud hace referencia a la salud mental. El Art. 14 estipula que se “...implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental” (Ley Orgánica de Salud, 2006, p. 6). Esto debe estar a cargo de quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud (Ley Orgánica de Salud, 2006, p. 6). Se observa así como dentro de la Ley Orgánica de Salud se posibilita la creación de planes y programas de salud mental en la que se propone, entre otras cosas, su reinserción social.

Uno de los documentos al que se hace mayor referencia en el sector de la salud es el Modelo de Atención Integral de Salud es también conocido como MAIS por sus siglas. En el manual del Modelo de Atención Integral de Salud hace referencia a la constitución dice “En el Ecuador la Constitución de la República señala la importancia de la asistencia psicológica para garantizar estabilidad física y mental a la población” (Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, 2012, p. 47). Menciona también que en la Ley Orgánica de Salud y en el Plan Nacional para el Buen Vivir se les da importancia a temas relacionados a la salud mental.

Bajo estos instrumentos legales el Modelo de Atención Integral de Salud, enfatiza en la importancia de intervenir en las condiciones de esta dimensión de la salud y la incorporación de la Salud Mental Comunitaria en los planes de salud y la organización de los servicios, superando los Modelos: Curativo y Clínico Biológico que marcan aún el quehacer de los servicios psiquiátricos y de salud mental en el país (Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, 2012, p. 47).

Lo que se plantea es que las intervenciones en la salud mental de parte del personal “superen los modelos: curativos y clínico biológico” (Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, 2012, p. 47). Lo que debe determinar la forma en la que los profesionales que trabajan en la salud mental realicen sus intervenciones.

De acuerdo al Modelo de Atención de Salud Mental en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, los casos de morbilidad a nivel nacional tomados a partir de los egresos hospitalarios en el 2012, suman una cifra de 1366 en lo que se refiere a esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes. (Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del MAIS, 2012, p. 20)

En el MAIS detallan también el personal profesional que trabaja en el área de salud mental a nivel nacional, que se encuentra en las unidades operativas del MSP, refiere que son en total 301 de los cuales 25 son psiquiatras y 213 psicólogos (Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del MAIS, 2012, pp. 28-29). La cantidad de personal de psicólogos y psiquiatras es insuficiente siendo estos divididos por provincias. En cuanto a los profesionales en el sector de la seguridad social hay 27 psiquiatras y 16 psicólogos; el Instituto de Neurociencias cuenta con 33 psiquiatras y 23 psicólogos (p. 29). La cantidad de personal da cuenta de cómo aún no se ha logrado superar los modelos: curativos y clínico biológico, puesto que hay mayor cantidad de personal cuyas intervenciones van a ser orientadas mediante lo biológico.

Frente a los problemas que se evidencian en el área de salud mental el MAIS toma lo establecido a través de organismos internacionales, de ello obtiene siete recomendaciones en base al modelo OMS/ WONCA. Ellos son:

Reducir el número de hospitales psiquiátricos; establecer servicios comunitarios de salud mental (...) Crear servicios de salud mental en los hospitales generales (...) Integrar la salud mental en la atención primaria de salud (...) Colaboración con los servicios comunitarios de salud no formales (...) Promover el auto cuidado (...) Fomentar la colaboración intersectorial e intrasectorial. (Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del MAIS, 2012, pp. 38-39-40)

Lo que buscan los organismos internacionales y que es a lo que se acogen las normativas nacionales es hacia la prevención y promoción de la salud, es decir, evitar en lo posible la hospitalización. En lo que se refiere a la prevención de problemas y trastornos mentales menciona que “Es la reducción de la ocurrencia de nuevos casos de problemas y trastornos mentales” (Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del MAIS, 2012, p. 43).

En lo que respecta a la prestación de servicios de salud mental, en el caso de trastornos mentales, en el Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), señala como lugares para estos casos

a: las residencias terapéuticas, centros de atención psicosocial, Unidades de Salud Mental Hospitalaria, Hospitales especializados y de especialidades y el Hospital Psiquiátrico.

De las residencias terapéuticas menciona que son “viviendas insertadas en la comunidad destinadas a personas con trastorno mental, con problemas severos y persistentes, egresadas de hospitales psiquiátricos y/o personas con discapacidad mental y que no cuentan con referentes familiares” (Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del MAIS, 2012, p. 55). En estas residencias terapéuticas se busca la desinstitucionalización de los pacientes. Tiene como objetivo actuar como unidad de soporte para estos pacientes a los que se les dará una atención biopsicosocial, para promover la reinserción (Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del MAIS, 2012, p. 57).

El Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del MAIS (2012), sostiene que el centro de atención psicosocial “es un lugar de referencia y tratamiento para personas que sufren de trastornos mentales, psicosis, neurosis graves y demás cuadros, cuya gravedad y/o persistencia justifiquen su permanencia en un dispositivo de cuidado intensivo, comunitario, personalizado y promotor de vida” (p. 66). Entre sus funciones se encuentra: brindar atención clínica en régimen diario o ambulatorio, fortalecer los lazos sociales de los usuarios, promoviendo la inserción social por medio de acciones intersectoriales (Modelo de Atención de Salud Mental, MAIS, 2012, p. 66).

Entre las actividades que incluye se encuentra la atención individual en la que menciona intervenciones con medicamentos, psicoterapéuticas, de orientación, entre otras; también incluye atención en grupo cuyas intervenciones serán psicoterapia, grupo operativo, atención en talleres terapéuticos, actividades psicoterapéuticas, entre otras (Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco MAIS, 2012, p. 68). El personal que debe conformar varía de acuerdo a la tipología del centro, entre ellos se encuentra: un especialista en psiquiatría o medicina familiar, neurología, pediatría todos estos con formación en salud mental; un máximo de hasta 6 profesionales de nivel superior de entre las categorías: psicología, trabajo social, terapia ocupacional; un profesional de enfermería; un asistente administrativo y pasantes o voluntarios (Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del MAIS, 2012, pp. 68-69). Se observa así, que en estos centros no se presenta como una necesidad la presencia del psicólogo, es decir, este puede ser reemplazado por otro profesional.

Unidades de Salud Mental Hospitalaria atienden en régimen de hospitalización y ambulatorio. El Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del MAIS (2012), señala acerca de las Unidades de Salud Mental que “presta asistencia en régimen ambulatorio a usuarios con trastorno mental grave (TMG), derivados por los dispositivos de la red de salud mental comunitaria, cuando éstos requieren tratamiento de rehabilitación y reintegración social con orientación a la recuperación” (pp. 80-82). La prestación de servicios es en emergencias/urgencias en salud mental, hospitalización, salud mental de enlace o atención ambulatoria en el hospital general. En el personal que conforma estas unidades se encuentra el psiquiatra, el psicólogo, el trabajador social y un enfermero capacitado en salud mental (Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del MAIS, 2012, pp. 80-82).

El Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del MAIS (2012), refiere acerca de los hospitales especializados y de especialidades que estos se acogerán a la demanda en los casos en que no se haya podido resolverla en niveles anteriores y que se buscará evitar la cronificación de usuarios psiquiátricos (pp. 83-84). Menciona también que los usuarios dados de alta del tercer nivel, tengan su acompañamiento en el segundo o primer nivel, como su cuadro lo requiera (Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del MAIS, 2012, p. 84).

El Hospital psiquiátrico lo toman como una medida transicional para “...personas con cuadros agudos y con la posibilidad de internamiento de corto a mediano plazo” (Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), 2012, p. 86). Menciona que es una medida transicional porque se debe buscar la reinserción del paciente y en los casos que haya pasado periodos prolongados, la desinstitucionalización, es decir, que lo que se busca es que el paciente solo este por un tiempo en el hospital y que luego tenga las herramientas para ser reinsertado. “El hospital psiquiátrico deberá tener disponible una mayor variedad de terapias para complementar la terapia farmacológica, que no deberá ser el foco del tratamiento” (Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del MAIS, 2012, pp. 86-87).

En la Constitución del en el Art. 141 estipula que “La Función Ejecutiva está integrada por la Presidencia y Vicepresidencia de la República, los Ministerios de Estado y los demás organismos e instituciones necesarios...” (Constitución de la Republica, 2008, p. 87). En el Art. 147.- “Son atribuciones y deberes de la

Presidenta o Presidente de la República, además de los que determine la ley (...) 6. Crear, modificar y suprimir los ministerios, entidades e instancias de coordinación” (p. 88). Entre los ministerios creados se encuentra el Ministerio de Salud Pública.

El MSP entre sus programas y servicios cuenta con la promoción de salud en la cual se encuentra la salud mental. Define a la salud mental como el “Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Ministerio de Salud Pública).

Existen Normativa, protocolos y lineamientos en Salud Mental, cuyos nombres se encuentran publicados en el sitio web del Ministerio de Salud Pública. De los que compete la presente investigación se encuentran: Modelo y Plan estratégico de Salud Mental (Acuerdo Ministerial 00004927); Lineamientos operativos para psicólogos y psiquiatras en los tres niveles de atención; Lineamientos y directrices para los responsables de salud mental y de promoción de la salud por niveles de atención; Lineamientos Operativos para la Atención en las Unidades de salud Mental Hospitalaria y la Guía de Salud Mental Comunitaria (primera edición).

El Acuerdo Ministerial 00004927 con fecha del 25 de julio de 2014 se encuentra en el sitio web del MSP. Se acuerda en los dos primeros artículos aprobar el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental. 2014-2017 y el Modelo de Atención en Salud Mental, los cuales según el artículo 3 debe ser de cumplimiento obligatorio en todos los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud, la dirección Nacional de Comunicación es la encargada de la difusión en medios masivos a nivel nacional (Acuerdo ministerial 00004927, 2014).

Dentro del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental menciona que es “...el instrumento que el Estado utiliza para organizar la Salud Mental y sus actores, tanto públicos como privados, y proveer de orientaciones que permitan avanzar hacia el logro del acceso equitativo y oportuno a los servicios de Salud Mental...” (Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, 2014, p. 63).

Menciona también que debe ser aplicada a nivel nacional obligatoriamente en las instituciones involucradas en la salud. “Unidades prestadoras de servicios del Sistema Nacional de Salud, las cuales comprenden la Red Pública Integral en Salud (RPIS) y la Red Complementaria, incluyendo entidades con y sin fines de lucro” (Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, 2014, p. 17).

Es decir el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental es un instrumento de aplicación obligatoria para todas las instituciones de salud, ya sean públicas o privadas; el cual es utilizado para organizar la Salud Mental y sus actores. Entre sus objetivos se encuentra:

Garantizar los espacios institucionales, de articulación interinstitucional y facilitar los espacios de trabajo con la sociedad civil para incorporar de manera efectiva la promoción, prevención en todos sus niveles y la participación social para mejorar y atender la salud mental (Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, 2014, p. 43).

Con esto se puede entender que dentro de las instituciones de salud debe haber un lugar, una posición para cada actor, en la cual pueda aportar para mejorar y atender la salud mental. En el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental se establecen cinco lineamientos estratégicos con acciones a desarrollar. Por la extensión del trabajo se va a presentar todos los lineamientos y solo las acciones que competen de acuerdo a la investigación:

Lineamiento Estratégico 1: Implementar un enfoque de promoción de la salud mental y prevención del sufrimiento mental, con abordaje de los determinantes sociales de la salud que influyen en la salud mental (...) Lineamiento Estratégico 2: Fortalecer los Servicios de Salud Mental, orientándolos hacia la Atención Primaria de Salud, como establece el Modelo de Atención Integral en Salud, que genere las condiciones para el proceso de desinstitucionalización (...) Lineamiento Estratégico 3: Brindar Atención Integral en Salud a las personas que usan o consumen drogas, acorde a lo propuesto en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) (...) Lineamiento Estratégico 4: Fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud Pública sobre el Sistema Nacional de Salud en el componente de salud mental. [Entre otras se puede mencionar las siguientes acciones:]6. Regular y vigilar el funcionamiento, así como las técnicas psicoterapéuticas que utilizan en servicios de salud mental privados y públicos que trabajan con personas con trastornos y problemas de Salud Mental 7. Promover el proceso de desinstitucionalización de pacientes con trastornos mentales graves, asilados y abandonados en servicios alta complejidad, ofreciendo servicios comunitarios ajustados a sus necesidades y características (...) Lineamiento Estratégico 5: Promover la investigación en temas relacionados a la salud mental tanto en el MSP como en los espacios de formación académica, con el enfoque de Salud Mental Comunitaria. (Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, 2014, pp. 46-52)

Se puede observar que en el lineamiento 4 hay dos puntos que son de interés para la investigación. El primero refiere acerca de la atención brindada por el psicoterapeuta, esta acción busca regular y vigilar el funcionamiento y las técnicas

que utiliza; no menciona la forma en la que lo realizará. El otro punto se refiere a la desinstitucionalización lo que busca es ofrecer servicios comunitarios a los pacientes con trastornos mentales graves que se ajusten a sus necesidades, una búsqueda de reinsertarlos de una manera en la que ellos puedan serlo. Menciona que el plan de implementación se desarrollará posteriormente. “Este será definido, de acuerdo a la aprobación y desarrollo de la Estrategia de Salud Mental” (Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, 2014, p. 53).

Los lineamientos operativos para psicólogos y psiquiatras en los tres niveles de atención, los Lineamientos y Directrices para los Responsables de Salud Mental y de promoción de la salud por niveles de atención y los Lineamientos Operativos para la Atención en las Unidades de Salud Mental Hospitalaria. Aparecen dentro de las normativas, protocolos y lineamientos de Salud mental en el sitio web del Ministerio de Salud Pública, sin embargo, no se encontró información de ellos en dicho sitio web. Se realizaron tres visitas al zonal 8 del Ministerio de Salud Pública, en las que se solicitó esta información en un primer momento verbalmente y luego a través de un documento formal, en estas visitas el personal expuso diferentes versiones que imposibilitaron el acceso a la información.

Entre los documentos que presenta el sitio web del Ministerio de Salud Pública, se encuentra también la Guía de Salud Mental Comunitaria, la misma define a la salud mental comunitaria como “el conjunto de acciones orientadas a mejorar la salud mental de la comunidad y abordar los problemas de salud y sus determinantes de una manera integral” (Guía de Salud Mental Comunitaria, 2016, p. 6). Describe que hay factores de protección que “previenen que ocurra una enfermedad o trastorno (...) para lo cual los técnicos de atención primaria de salud y promotores de salud son de gran ayuda, apoyando a las personas a desarrollar estas habilidades y estilos de vida (...)” (p. 8). En esta guía se considera importante trabajar sobre la prevención y promoción de la salud mental en cuanto a los trastornos mentales menciona:

La prevención de los trastornos mentales tiene el objeto de reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, en el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad. (Guía de Salud Mental Comunitaria, 2016, p. 9)

La Guía de Salud Mental Comunitaria es un documento que tiene como objetivo “La comprensión de la prevención y promoción de la salud mental” (p. 4). De tal manera, propone formas de intervención para algunos de los que desarrolla como “problemas psicosociales...” (p. 13). En este apartado no se considera a la psicosis o los trastornos mentales como un problema psicosocial, ni su forma de intervención, es necesario mencionar que este documento, como se observa anteriormente, si menciona formas de prevención de los trastornos mentales en los se podría encontrar la psicosis.

Las normativas nacionales que competen a la salud mental se presentan como una herramienta cuya intervención va más allá de lo organicista. Se centra de manera general en la prevención y promoción de salud y señala la importancia de conocer las técnicas que utiliza el psicólogo para sus intervenciones, sin embargo, no menciona una técnica específica. Se puede concluir que en lo que corresponde a normativas, en la salud mental no se muestra como imprescindible la intervención del psicólogo clínico.

CAPÍTULO 3

Metodología

En la presente investigación se va a utilizar el enfoque cualitativo. Sampieri expone como en la historia de la ciencia se han usado diversas corrientes de pensamiento así como marcos interpretativos, lo que ha permitido diferentes caminos hacia el conocimiento; asimismo, menciona como éstas se polarizaron en dos aproximaciones principales de la investigación: enfoque cuantitativo y enfoque cualitativo (Hernández, 2014, p. 4).

Según Hernández (2014), el enfoque cualitativo “Proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente y entorno, detalles y experiencias únicas...” (p. 16). El enfoque cualitativo permite que la investigación tome cada enunciado de los textos no de manera objetiva, dando lugar a una mayor apertura a la formulación de conclusiones sobre el estudio del quehacer profesional del psicólogo clínico en la atención de pacientes psicóticos.

La hipótesis de la investigación se centra en conocer qué pacientes son derivados en las instituciones de salud al servicio de psicología, si solo se deriva cuando se considera que el paciente no tiene un deterioro en la salud mental y no muestra alguna afección en las funciones cognitivas; lo que implicaría la exclusión del tratamiento psicológico a los casos de psicosis.

De esta manera, se dará cuenta si en las instituciones de salud, el tratamiento farmacológico se muestra como una intervención predominante con pacientes psicóticos, quedando en un segundo plano el quehacer del psicólogo.

Para conocer lo que ocurre en las instituciones de salud de Guayaquil se va a utilizar la entrevista como técnica de investigación, con el fin de recolectar información sobre la intervención con pacientes psicóticos desde el área de salud mental. Hernández (2014), plantea que las entrevistas “... se emplean cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil de hacerlo por ética o complejidad” (p. 403). El trabajo dentro de los hospitales se maneja con cierta confidencialidad dependiendo del área del profesional, es por esto que se hace necesario usar esta herramienta para conocer a partir de la información de los actores tomados para el estudio como se dan las intervenciones desde su campo.

Las entrevistas realizadas servirán para constatar la aplicación o no de las normativas nacionales e internacionales sobre salud mental utilizadas en diversas instituciones de salud de la ciudad de Guayaquil. Por esta razón, se elaborará un análisis sobre el funcionamiento de los lineamientos de salud mental en cada institución propuesta para la investigación, con el objetivo de conocer principalmente el rol del psicólogo en la intervención con pacientes psicóticos a partir de las normativas que rigen a nivel institucional utilizadas por el área de salud mental.

Cabe recalcar, que las entrevistas están dirigidas a profesionales de la salud que participan en la atención y el tratamiento de pacientes que presentan un trastorno mental. Por consiguiente, las entrevistas varían según cada grupo de profesionales, puesto que la intervención de cada uno es diferente por la función que desempeñan dentro de la institución. Las entrevistas se enfocan en realizar un levantamiento de información sobre las acciones empleadas para el manejo de pacientes con psicosis por parte de psiquiatras, psicólogos y médicos.

En resumen, se ha seleccionado cinco instituciones de salud como muestra para la investigación. Entre ellos, están dos hospitales públicos que son el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social o también conocido como IESS y el Hospital del Niño Dr. Francisco Icaza Bustamante, además, del hospital privado con servicio público Solca. Todos ellos son hospitales de especialidad o de tercer nivel, en los que llegan pacientes con enfermedades de alta complejidad. El Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador que es manejado por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, estipula que el hospital de especialidad “Es un establecimiento de salud de la más alta complejidad que provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalización en las especialidades y subespecialidades de la medicina” (2016).

El instituto de Neurociencias es el mayor instituto de salud mental en Guayaquil, razón por la cual es imprescindible para el análisis del tratamiento con pacientes psicóticos, propuesto como uno de los objetivos de la investigación. El Instituto de Neurociencias (2012 – 2016), a lo largo de la historia ha sido conocido como Manicomio Lorenzo Ponce y luego, Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce. Actualmente, el Instituto de Neurociencias (2012 – 2016) brinda “evaluaciones y tratamientos enfocados en las neurociencias y en el desarrollo cognitivo. El mismo es presidido por la Junta de Beneficencia de Guayaquil” (2016).

De esta manera, para una mejor comprensión de la investigación se va a realizar el análisis de las entrevistas, con lo que se espera relacionar y contrastar la situación de pacientes psicóticos en relación a las normativas nacionales e internacionales y lo recolectado en las instituciones de salud.

Finalmente, en este trabajo de investigación se va a exponer el esbozo de una propuesta desde la orientación psicoanalítica, que se presenta como una intervención, o más allá, como un tratamiento que la clínica hospitalaria considera imposible, debido a lo acogido que se encuentran al discurso de las ciencias, que plantea que la intervención debe ser farmacológica.

Planteamiento del problema de investigación.

¿Qué lugar tiene el psicólogo clínico en la intervención con psicóticos en instituciones de salud de Guayaquil según lo que se propone en las normativas nacionales e internacionales de salud?

Objetivos

Objetivo general

- Analizar la intervención del psicólogo clínico según las normativas nacionales e internacionales para la atención con pacientes psicóticos mediante la aproximación al personal de las instituciones de salud de Guayaquil para definir la función del psicólogo clínico en la atención con pacientes psicóticos.

Objetivos específicos

- Delimitar la función del psicólogo clínico en la intervención con pacientes psicóticos a partir de la investigación de las normativas nacionales e internacionales de salud.
- Describir la práctica del psicólogo clínico con pacientes psicóticos a partir de las entrevistas realizadas en instituciones de Guayaquil de salud.
- Exponer el esbozo de una propuesta desde la orientación psicoanalítica para la atención con pacientes psicóticos.

Análisis de la información levantada en instituciones de salud.

Las instituciones de salud de Guayaquil que sirvieron de muestra para el desarrollo de la presente investigación, están bajo la jurisdicción de normativas nacionales e internacionales de salud mental. Las normativas han sido detalladas en el capítulo dos que se encarga del marco legal de la salud mental.

Dentro de las normativas internacionales están principalmente las establecidas por la Organización Mundial de la Salud, específicamente el Plan de Acción sobre Salud Mental y la Guía de Intervención del mhGAP. Además, en el marco internacional existe la Guía Práctica y Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia de Murcia planteada por la Subdirección de Salud Mental de Murcia.

Estas últimas guías, establecen medidas necesarias para una rápida y adecuada intervención con pacientes psicóticos. Asimismo, entre las normativas nacionales que se utilizan en el área de salud mental, tenemos el Modelo de Atención Integral de Salud, el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental y la Guía de Acción Comunitaria. Las normativas internacionales y nacionales anteriormente mencionadas se tomarán como referente para el presente análisis de las entrevistas realizadas en las instituciones de salud de Guayaquil.

Por medio de la información recolectada en las instituciones de salud de Guayaquil, se puede apreciar que no existe un modelo único de intervención con pacientes del área de salud mental. Se da cuenta que hay hospitales que intervienen utilizando directamente lo que establecen las normativas internacionales, mientras que otras instituciones tienen un protocolo interno que, si bien se acoge a normativas internacionales, las utilizan según la demanda que existe en el hospital.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se rige por normativas internas, las cuales usan de referencia guías de intervención de índole internacional. En otras palabras, el IESS, que es un hospital de tercer nivel, cuenta con un reglamento interno formulado de acuerdo a las necesidades de los pacientes. Por el contrario, el hospital Dr. Icaza Bustamante, también institución de salud de tercer nivel, direcciona su intervención en el área de salud mental, de acuerdo a lo que estipulan las normativas internacionales, dirigidas por la OMS y la OPS. Además, el hospital de especialidad en oncología, Solca, manifiesta que se utilizan manuales internacionales de América y Europa; sin embargo, se relata la necesidad de tener un manual propio en la institución para el manejo de pacientes psicóticos.

Por otro lado, en el hospital Dr. Icaza Bustamante, expresan que las normativas y lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública en el campo de salud mental, son los mismos que exponen los organismos internacionales.

Acercas de las intervenciones que tienen médicos residentes y postgradistas del área de emergencia, las instituciones IESS y Solca, exponen que frente a un paciente psicótico que se muestra agresivo, en primera instancia realizan una intervención verbal. Posteriormente, evalúan la condición del paciente y acorde a ello, aplican otras medidas que buscan estabilizarlo, entre ellas, la sujeción y la intervención farmacológica. La Guía de Intervención del mhGAP (2012), sostiene “Si la persona no está recibiendo ningún tratamiento, inicie el mismo tratamiento usado en el episodio psicótico agudo” (p. 18). Este tratamiento se refiere al uso de fármacos con pacientes psicóticos y expone que se “Comience con dosis bajas y aumentelas lentamente. Con el fin de reducir el riesgo de efectos secundarios...” (p. 21). Asimismo, la Guía de Intervención mhGAP, enfocada en la práctica clínica de médicos generales que atienden en centros de salud, sugiere intervenciones con pacientes psicóticos, similares a los tratamientos que realizan los médicos postgradistas y residentes de emergencia de las instituciones de tercer nivel.

Cabe recalcar, la distinción en las funciones que tiene el psicólogo y el psiquiatra dentro del campo de la salud mental, siguiendo la línea de la presente investigación, en los casos de psicosis, las instituciones de salud determinan una intervención primordialmente farmacológica, es decir, el psiquiatra tiene un papel fundamental en dichos casos. De esta manera, la función del psicólogo queda como un complemento en la intervención de la salud mental.

Asimismo, se especifica que la atención psicológica es derivada para pacientes que no se encuentren en estado crónico. Es importante destacar, que la Guía Práctica y Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia de Murcia (2009), expone la intervención psicológica incluso en la fase aguda del trastorno, de esta forma, contradice tratar a dichos pacientes no sólo en la fase estable. Además, plantea que la función del psicólogo en los casos con pacientes psicóticos es posible y necesaria. Se puede observar cómo en la Guía de la Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia (2009), se indica que en el primer episodio se debe realizar “Entrevistas con el paciente y la familia evaluando (...): grado de información sobre la enfermedad, alteración del estado mental (...), limitaciones interpersonales

y sociales (...), estrés subjetivo de los cuidadores, inicio del programa de Intervención Familiar en la Esquizofrenia” (pp. 40-41).

En la institución Solca y el hospital Dr. Icaza Bustamante, tanto el psiquiatra como el psicólogo, ubican el lugar del psicólogo como una intervención secundaria, además, plantean que su función es de psicoeducación con aquellos pacientes que no tengan afectada su cognición, excluyendo de esta forma a los pacientes psicóticos. Por otro lado, en el hospital IESS, se refiere acerca de los casos de pacientes psicóticos, que se interviene en un primer momento por medio de fármacos y una vez que el paciente está estable dentro de la hospitalización, debe tener la atención diaria de un psicólogo. Posteriormente, se hace un seguimiento del paciente a través de consulta externa.

El seguimiento que se realiza a pacientes psicóticos en el hospital IESS, es señalado en la Guía de Intervención del mhGAP (2012), la cual declara que cuando un paciente ha sido diagnosticado con psicosis se debe “...ofrecer seguimiento periódico...” (p.18). También, expone que “El seguimiento inicial debe ser lo más frecuente posible, incluso diariamente, hasta que los síntomas agudos comiencen a responder al tratamiento (...) se recomienda un seguimiento mensual o trimestral basado en la necesidad clínica...” (p. 20). Además, el Modelo de Atención Integral de Salud plantea también que los pacientes psicóticos que han sido atendidos en un hospital de especialidad y hayan terminado su periodo de hospitalización, deben tener un seguimiento, sostiene que “...se debe garantizar que los usuarios dados de alta del tercer nivel, tengan su acompañamiento en el segundo o primer nivel, como su cuadro lo requiera” (MAIS, 2012, p. 84). No obstante, el seguimiento ofrecido por el hospital IESS es brindado en sus instalaciones y no en un establecimiento de segundo o primer nivel como por ejemplo las residencias terapéuticas.

En lo que respecta al marco internacional, la intervención desde el área de psicología con pacientes que sufren un trastorno mental, se establecen terapias como la psicoeducación, cognitivo conductual y psicosociales. La Guía de Intervención del mhGAP sostiene acerca de la intervención con pacientes psicóticos, “Si están disponibles ofrezca intervenciones psicológicas y sociales, tales como la terapia familiar o terapia de habilidades sociales” (2012, p. 18).

En lo que concierne a las instituciones de salud sobre las terapias que se realizan con pacientes psicóticos, está la institución hospitalaria Solca, donde el área de psicología realiza entrevistas clínicas generales, no tiene un enfoque específico

para las entrevistas. Por otra parte, en el hospital Dr. Icaza Bustamante, la psiquiatra Silvia Cedeño, señala que el psicólogo puede intervenir con el paciente psicótico una vez estabilizado, únicamente utilizando la terapia cognitivo conductual. Asimismo, en ambas instituciones, se plantea que no se puede hacer psicoanálisis con pacientes psicóticos. El IESS, por otro lado, brinda una gran apertura a las diferentes corrientes psicológicas que maneja cada profesional, cabe mencionar, que aun así la directora del área de psiquiatría Ana Heinert, refiere que el enfoque psicológico reconocido por el hospital es la terapia cognitiva conductual.

Es fundamental mencionar, que el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, no determina una psicoterapia en específico para el tratamiento con pacientes psicóticos, lo cual es una posición ética de acuerdo al estado del conocimiento actual y las diferentes escuelas de la psicología vigentes. Sin embargo, entre sus lineamientos propone en un futuro regular la psicoterapia que se debe utilizar en la intervención con pacientes que muestran una alteración mental. “Regular y vigilar el funcionamiento, así como las técnicas psicoterapéuticas que utilizan en servicios de salud mental privados y públicos que trabajan con personas con trastornos y problemas de salud mental” (Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, 2014, p. 51).

En el Instituto de Neurociencias, por su parte, realizan intervenciones con pacientes psicóticos, en las cuales la terapia farmacológica tiene un lugar imprescindible. La función del psicólogo en estos casos, según el psiquiatra Juan Varas, está dirigida a terapias familiares, sistémicas y psicoeducación, la cual se enfoca en que el paciente tenga consciencia de la enfermedad mental que padece.

Es importante destacar, que el Instituto de Neurociencias tiene espacios para la hospitalización de pacientes psicóticos. De esta manera, no existe una concordancia con las normativas internacionales y nacionales que estipulan que los pacientes con un trastorno mental deben tener una atención ambulatoria, promoviendo así la reinserción social en lo posible.

Deberá tener estrategias de reinserción familiar y social, en donde se evite a toda costa el abandono de los usuarios en la institución. (...) además, el hospital psiquiátrico deberá tener disponible una mayor variedad de terapias para complementar la terapia farmacológica, que no deberá ser el foco del tratamiento. (MAIS, 2012, pp. 86-87)

En conclusión, a partir del análisis de normativas a nivel internacional y nacional y las entrevistas realizadas en instituciones de salud de Guayaquil, se da cuenta que existen falencias en la intervención con pacientes psicóticos. Las diferentes formas de tratar la salud mental se exponen como un efecto de normativas nacionales que no responden a una forma precisa de tratar las alteraciones mentales. La salud mental conceptualizada como un fenómeno universal ocasiona que se excluya el caso a caso. En efecto, las normativas son insuficientes para intervenir con los pacientes psicóticos. Asimismo, la terapia farmacológica se ve como un método imprescindible para la estabilización del paciente, planteando la función del psicólogo como un quehacer secundario. De esta forma, las terapias farmacológicas al tomárselas como prioritarias, limitan cualquier otro tipo de intervención dificultando el tratamiento psicológico, que es fundamental para el correcto manejo de pacientes con trastornos mentales.

CAPÍTULO 4

Esbozo de una propuesta desde la orientación psicoanalítica.

En la presente investigación, se ha podido evidenciar el lugar que el psicólogo tiene dentro de las instituciones de salud de Guayaquil. En el capítulo tres, el análisis de las entrevistas dio cuenta que el psicólogo tiene una intervención complementaria con pacientes que sufren enfermedades mentales. De esta manera, la psicología en el tratamiento de las enfermedades mentales, como la psicosis, no logra tener intervenciones adecuadas, más allá de la psicoeducación que es lo que se plantea.

Tomando en cuenta lo anterior, es necesario exponer un abordaje distinto a la psicosis que el tratamiento desde la biología y la medicación. Orientación desde la cual, los pacientes son atendidos por medio de manuales que buscan ajustar los síntomas a los cuadros diagnósticos: “Son posibles, entonces, múltiples diagnósticos posibles en el aquí y ahora para un mismo paciente, más allá de la estructura en juego, y sus repeticiones sintomáticas” (Sotelo, 2015, p. 67). Dentro de otros abordajes posibles, hemos seleccionado la orientación psicoanalítica para la intervención en hospitales, ya que presenta la posibilidad para que el sujeto elabore a partir de sus síntomas sus propias respuestas singulares.

El análisis de las entrevistas permitió conocer que el psicoanálisis no tiene gran apertura en las instituciones de salud, Sotelo menciona que “El lugar que el psicoanálisis ocupa en la medicina es marginal y extraterritorial, en tanto la medicina sólo lo reconoce como asistente” (Sotelo, 2015, p. 144). En su texto *Dispositivo Analítico para el tratamiento de Urgencias Subjetivas* conocida por sus siglas como *DATUS*, propone intervenciones analíticas con pacientes con enfermedades mentales.

De acuerdo con las enseñanzas de Freud, descubrimos que el programa de la civilización está ligado a la figura del superyó, mientras que el psicoanálisis es una ética que se inscribe en contra del mismo y, por lo tanto, en contra de cualquier tentativa terapéutica que proponga una adaptación del individuo a los programas de homogeneización de cada época. (Sotelo, 2015, p. 166)

De esta manera, el psicoanálisis propone una intervención diferente a la que se lleva a cabo en las instituciones de salud de Guayaquil, esto no significa que se deba dejar de lado el saber médico, sino más bien darle un lugar con mayor

posibilidad de intervención a otros profesionales para atender la complejidad de la psicosis. Castellanos de Marcos en el texto *Temas de fronteras entre psicoanálisis y medicina*, explica la importancia de una intervención diferente cuando se trata del sufrimiento humano menciona que “Las palabras incluyen siempre un malentendido y hay que considerar que lo que se escucha en la enunciación de lo que se dice no son palabras, solamente” (2015, p. 39).

Es por esto que se muestra la necesidad de una intervención desde el psicoanálisis, donde la palabra tiene un lugar y es con ella, con la que se trabaja. Sotelo (2015), cita a Lacan para señalar que “La posición del psicoanalista lleva al sujeto a dirigirse hacia el lado opuesto a las ideas que emite para presentar la demanda de saber que se le dirige” (p. 144). De este modo, el analista lleva al sujeto a encontrarse con algo enigmático dentro de su discurso, y luego el enigma lo dirige hacia lo analizable, “...que este enigma se abra a algo analizable y para que esto se produzca debe hacer enigma en el sujeto y tender a que pase por el Otro de la transferencia” (Goldenberg, 2015, p. 19). La palabra en la atención analítica tiene una función primordial, en donde el discurso del paciente permitirá que en la entrevista él enlace la urgencia como algo propio, relacionado a su historia “...el decir se desplegará a lo largo de las entrevistas que sean necesarias para que se produzca un movimiento de subjetivación de la urgencia, es decir, hasta alcanzar el momento de concluir de la misma” (Sotelo, 2015, pp. 166 – 167).

Es necesario que la posición del paciente se movilice para dar lugar a su demanda, la perspectiva psicoanalítica siempre compromete al sujeto, su inconsciente, evitando inscribir a los sujetos traumatizados en las grandes categorías anónimas, en la búsqueda de aislar el detalle, la singularidad, siendo el síntoma lo que va a orientar para ubicar el goce que encierra; orientación por lo real (Sotelo, 2015, p. 145).

El dispositivo propuesto desde el psicoanálisis en los hospitales está dirigido a todos los profesionales del área de la salud mental, es decir, el psiquiatra y el psicólogo, con formación analítica. Sotelo (2015), refiere que la urgencia es atendida por el psiquiatra “...como la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta es en tal grado disruptivo, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que requiere atención inmediata” (p. 66). Desde el psicoanálisis, se propone hacer una pausa a este tiempo de urgencia, dando lugar a

una intervención que toma en cuenta los tiempos lógicos del sujeto que sostiene el psicoanálisis “...supone una lógica particular en relación al tiempo: frente a la prisa por concluir que el paciente exige, el analista propone abrir un tiempo de comprender, tiempo en el que se articulan: urgencia, trauma y síntoma” (Sotelo, 2015, p. 167). Se propone mediante este dispositivo, alojar al sujeto en urgencia, partiendo de lo singular de aquello que viene a irrumpir la homeostasis “...la urgencia en psicoanálisis implica introducir la dimensión del sujeto: el analista supone un sujeto, apuesta a su emergencia, siendo ésta la particularidad que lo diferencia de otros paradigmas” (Sotelo, 2015, p. 171).

Este dispositivo tiene como base los aportes de Freud, sin embargo, no se trata de un dispositivo analítico clásico; “...tiene su fundamento en la teoría psicoanalítica y está a cargo de profesionales practicantes del psicoanálisis, formados en este paradigma; que propicia un efecto de subjetivación en quien consulta y transforma el padecimiento en urgencia subjetiva” (Sotelo, 2015, p. 165). La transformación del padecimiento en urgencia subjetiva busca que haya una implicación del sujeto. Sotelo menciona que “...el analista intenta que el sujeto sustituya el sentimiento de ser víctima de los síntomas (...) [apropiándose de ellos] averiguando qué conexión tiene esto consigo mismo, con su historia, con su pasado y su presente, con su interior” (2015, p. 171).

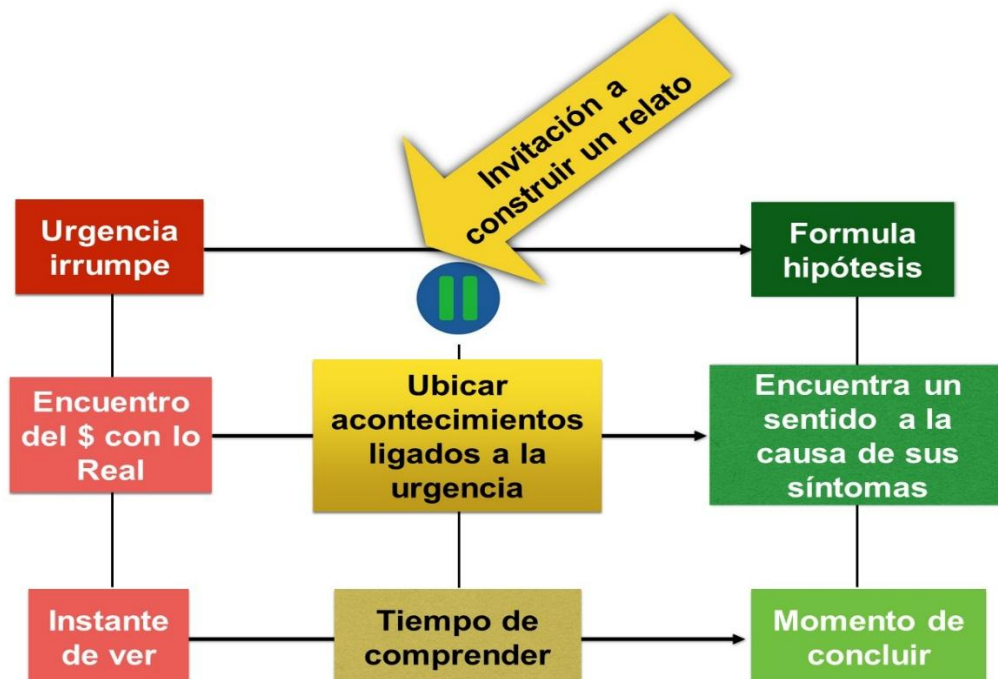


Figura 1: Elaborado por Rodolfo Rojas en base a Datos de Inés Sotelo.

En el texto Sotelo muestra como este dispositivo ha tenido lugar en el Hospital Central de San Isidro cuyo personal incluye a psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. De esta forma, se muestra que la aplicación de este dispositivo hace posible una intervención desde la orientación psicoanalítica.

Se reciben las urgencias, se localizan las diversas dimensiones de la misma: social, familiar, judicial, del paciente. Se evalúa la peligrosidad para sí o para terceros, en tanto que, de presentarse, se decide la internación. Se toma la cantidad de entrevistas necesarias hasta que se verifica que en el paciente se ha producido alguna subjetivación en la urgencia, esto es: que el paciente pueda localizar algún sentido propio a lo que le ocurre y consentir a un tratamiento en caso de que fuera necesario. (Sotelo, 2015, p. 172)

El funcionamiento del Datus incluye a "...los profesionales de los diversos equipos ambulatorios y de internación del hospital (...) El paciente sería atendido por diferentes profesionales del equipo, que seguirían el caso a través de "pases" y ateneos" (Sotelo, 2015, p. 172). Para lo que será necesario mantener al personal durante todo el tiempo de guardia. Sotelo menciona que se logrará cubrir las veinticuatro horas de los siete días de la semana, de las cuales los profesionales trabajarán ocho horas diarias cada uno (2015, p. 173). Se realizan pases con diferentes profesionales para que los pacientes puedan tener una atención constante. Sotelo (2015), señala la importancia de realizar mensualmente "...una reunión con todos los equipos del servicio de Salud Mental con presentación de casos y ateneos clínicos, para lograr un trabajo articulado" (p. 176)

En cuanto a la forma de intervención, "El profesional a cargo de la entrevista la orienta a través de preguntas semi-estructuradas que permitan al profesional localizar los contextos propuestos y al paciente atravesar los tiempos lógicos propuestos por Lacan..." (Sotelo, 2015, p. 174). Lo que se plantea con este dispositivo es una intervención que dé lugar a la subjetivación del paciente, para esto de acuerdo a la cita antes mencionada el paciente pasará los tres tiempos de la urgencia propuestos por Lacan correspondientes a los tiempos lógicos del sujeto.

El analista interviene al introducir una pausa que permitiría localizar el acontecimiento traumático para ese sujeto. Este accionar, que apunta a introducir un segundo tiempo lógico -de comprender- entre el instante de ver y el momento de concluir, implica una apuesta por la palabra. Es desde esta perspectiva que se abre la posibilidad de

transformar la "urgencia" en "urgencia subjetiva". (Sotelo, 2015, p. 171)

Asimismo, en la metodología de aplicación del dispositivo menciona una serie de contextos que son imprescindibles en la intervención del analista, ellos son: contexto sociológico, contexto familiar, contexto transferencial, contexto del diagnóstico presuntivo de la urgencia, contexto subjetivo y contexto de finalización de la urgencia (Sotelo, 2015, pp. 174-175). En cada uno de ellos se recogen aspectos que harán posible el trabajo desde las diferentes áreas.

El contexto sociológico y contexto familiar serán usados para caracterizar a los pacientes de acuerdo a aspectos sociológicos y familiares respectivamente (Sotelo, 2015, p. 174). El contexto transferencial tiene como objetivo "...ubicar si la consulta en esta institución está ligada al azar (...) o si, el paciente tiene confianza de que en la institución podrá resolver su padecimiento, dimensión imaginaria de la transferencia que a la vez motoriza la consulta" (Sotelo, 2015, p. 174), de esta manera se puede dar cuenta de la transferencia que hay en un primer momento con el paciente.

En el contexto del diagnóstico presuntivo de la urgencia se recogen los datos de diagnósticos previos, se presenta como una historia clínica, "...se caracteriza a los pacientes que asisten a la urgencia desde los aspectos que hacen a las variables del diagnóstico presuntivo (Psicoanalítico y del DSM-V o CIE 10)" (Sotelo, 2015, p. 175), es así como, se evidencia el trabajo interdisciplinario entre el saber psicoanalítico y los manuales de diagnóstico psiquiátrico.

El contexto subjetivo, se establecería como el que da lugar al tiempo de comprender, "...se localiza en la posibilidad (o no) de ubicar acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia (...) se verifica si el paciente logra (o no) armar una trama de acontecimientos ligados a la urgencia" (Sotelo, 2015, p. 175). El contexto de finalización de la urgencia se refiere a datos en relación al tiempo en el que se desarrolló la urgencia hasta la finalización de la misma (Sotelo, 2015, p. 176).

La información recogida por medio de estos contextos puede ser agregada a una base de datos, sin que esto implique revelar información confidencial del paciente, el dispositivo propone "...unificar también el método de recolección de datos de la guardia y urgencia en Salud Mental para confeccionar una base de datos que posibilite futuras investigaciones" (Sotelo, 2015, p. 176), lo que permite a su vez posteriores intervenciones.

El dispositivo se muestra como un soporte en el que la urgencia del paciente es recibida y atendida por profesionales con formación analítica que le dan un lugar diferente a cada paciente, respetando su singularidad. Se propone el alojamiento de sujetos que se han visto rechazados por el ideal impuesto por el Otro, por medio de un encuentro con un discurso diferente. Un discurso que busca mantener al Otro barrado en la institución. Como se mencionó previamente, las intervenciones tienen en cuenta los tiempos lógicos, lo que a su vez da lugar a que el sujeto logre hacer suya la urgencia que en un primer momento se presenta como algo extraño, sin relación a la historia del sujeto.

CONCLUSIONES

Para el desarrollo del trabajo, se hizo necesario, por las diferentes intervenciones que existen con pacientes psicóticos, realizar una lectura de las normativas internacionales y nacionales de salud mental, para así comprender qué fundamentos se rigen para la práctica clínica con dichos sujetos.

En efecto, se interroga la función del psicólogo clínico en la atención con pacientes psicóticos, dando lugar a una búsqueda del saber sobre las posibilidades que tiene en la intervención dentro del área de salud mental.

En el marco internacional existen organismos dedicados a la búsqueda de tratamientos precisos para el control de alteraciones que se presentan en las enfermedades mentales. De esta manera, se establecen normativas y planes estratégicos para tomar medidas rápidas y efectivas para la eliminación de los síntomas. Es necesario destacar, que las normativas internacionales se fundamentan desde las ciencias médicas, específicamente, la psiquiatría. Asimismo, buscan un posible origen y a su vez, una intervención basada en lo orgánico.

Además, las normativas internacionales plantean el diagnóstico y la evaluación a través de manuales internacionales, CIE10 y el DSM-V, como prioritarios para la intervención con estos pacientes. Posteriormente, se propone una dosis farmacológica según el cumplimiento de variables que forman parte de la clasificación de las alteraciones mentales. Dentro de estas variables, se encuentran el tiempo que aparecen los síntomas, la desorganización en el comportamiento e ideas y alucinaciones o delirios.

Por otra parte, se da cuenta que el lugar del psicólogo clínico es ofertado según las posibilidades económicas y sociales del país. No obstante, señala la intervención farmacológica como un factor imprescindible para el tratamiento de la salud mental. De manera que, hace referencia que el tratamiento orgánico es aquello que no puede ser reemplazado en la intervención con sujetos psicóticos. Se da cuenta que incluso la intervención con fármacos puede llegar a ser la única intervención que se tenga con el paciente, de este modo, según los organismos internacionales manifiestan que el psiquiatra no puede faltar en el tratamiento de la salud mental. Cabe destacar, que la Subdirección de Salud Mental de Murcia expone a diferencia de otros organismos internacionales de salud, un trabajo interdisciplinario, en donde expone terapias e intervenciones según las fases de la

psicosis y según la función del profesional. De esta manera, la Guía Práctica y Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia de Murcia a excepción de las demás normativas internacionales, propone un trabajo en conjunto desde los diversos ámbitos profesionales para una mejor intervención con el paciente.

Las normativas nacionales por su parte, exponen que las intervenciones deben superar los modelos: curativos y clínico biológico. El MAIS propone que la intervención de la salud mental se realice en centros de primer y segundo nivel y solo en los casos en los que sea necesario lleguen a centros de tercer nivel para luego pasar a un seguimiento en los niveles anteriores. El Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, propone como una de las acciones a tomar “Regular y vigilar el funcionamiento, así como las técnicas psicoterapéuticas que utilizan en servicios de salud mental privados y públicos que trabajan con personas con trastornos y problemas de Salud Mental” (2014, pp. 46-52), sin embargo, no especifica como lo va a realizar, ni plantea una técnica como la indicada para intervenir en estos casos. Las normativas se presentan como intervenciones dirigidas a la prevención y promoción de salud que buscan evitar la hospitalización de pacientes con enfermedades mentales, lo que se contrapone a lo que ocurre en la actualidad en instituciones de salud de Guayaquil.

El análisis de la información que se obtuvo mediante las entrevistas permitió conocer cuál era la intervención que se realizaba con pacientes psicóticos y las falencias que se presentan en las mismas. Esto se entiende como una respuesta ante la ambigüedad de las normativas nacionales en las que no se muestra una forma precisa para tratar las alteraciones mentales. Por otro lado, en estas instituciones el manejo con los pacientes variaba, en algunas se realizaba por medio de reglamentos internos mientras que en otras se acogían a normativas internacionales. En las instituciones de salud de Guayaquil, las intervenciones con pacientes psicóticos son principalmente farmacológicas, planteando la función del psicólogo como un quehacer secundario, lo que hace que la condición del paciente se deteriore al no ser posible un trabajo interdisciplinario.

Por su parte, el psicoanálisis plantea una intervención en la que la urgencia del paciente es recibida y atendida en un espacio diferente, se propone hacer una pausa a este tiempo de urgencia, dando lugar a una intervención que toma en cuenta los tiempos lógicos del sujeto que sostiene el psicoanálisis. En esta la palabra tiene un lugar y es con ella, con la que se trabaja; la palabra en la atención

analítica tiene una función primordial, en donde el discurso del paciente permitirá que en la entrevista, el sujeto enlace la urgencia como algo propio, relacionado a su historia.

En la práctica queda solo el tratamiento farmacológico y no hay ningún otro abordaje: ni desde trabajo social (ni laboral ni de inserción social), ni de palabra (tratamiento psicológico de ideas, pensamientos, emociones), ni educativo, ni de terapia ocupacional. Desde las normativas se propone la reinserción, sin embargo, las instituciones de salud de Guayaquil en la práctica carecen de planes que busquen la reinserción de pacientes psicóticos; es la familia la que en algunos casos se encarga de esto y no el profesional que tiene las herramientas para hacerlo.

RECOMENDACIONES

Por medio del desarrollo de la presente investigación, se recomienda que el psicólogo clínico tenga un papel fundamental en el tratamiento de la salud mental. Una intervención que tenga lugar incluso en la fase aguda de la psicosis, la cual no esté mediatizada sólo por la psicoeducación hacia la familia del enfermo; sino también realizar terapias que busquen según la singularidad de cada caso una integración del paciente teniendo otra manera de hacer con las alteraciones mentales que se le presentan. De esta manera, las instituciones de salud se encargarían de ser centros en donde se impulse el trabajo interdisciplinario en la intervención de pacientes con problemas de salud mental, y así trabajar al mismo tiempo con médicos psiquiatras que receten fármacos para la estabilización del paciente, siempre y cuando este tratamiento no predomine sobre otras formas de intervenir con el paciente. Por otra parte, es imprescindible el cumplimiento con el estatuto de las normativas de salud tanto nacionales e internacionales, en donde se plantea que el paciente no sea recluido en una institución de salud mental, sino que pueda tener un control de su enfermedad en centros de salud a partir de la atención de profesionales capacitados en el área, teniendo como efecto una reinserción social del paciente psicótico.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. American Psychiatry Association.
- American Psychiatry Association. (2016). *What Is Psychiatry*. Recuperado de <https://psychiatry.org/patients-families/what-is-psychiatry>
- Borsoi, P. (2009). *¿Cuál es el lugar para el síntoma psicótico en el diagnóstico estructural de Lacan?*. *Virtualia*, 19(19). Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/019/template.asp?variedades/borsoi.html>
- Bosco, H. *La nave de los locos*. [Imagen]. (p. 184). Recuperado de Museo del Louvre.
- Constitución de la República del Ecuador. (24 de Enero de 2012). *Registro oficial No. 625*.
- Constitución de la República del Ecuador. (20 de Octubre de 2008). *Registro oficial No. 449*.
- Fantin, J., Galante, D., Fridman, D. (2009). *La psicosis antes del psicoanálisis en Escuchar la psicosis: de la locura animista a la psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrera, B. (2008). *Poética del psicoanálisis*. México: Siglo XXI.
- Instituto de Neurociencias. (2016). *Historia del Instituto de Neurociencias*. Recuperado de <https://www.institutoneurociencias.med.ec/nosotros/historia>
- Lacan, J. (1955-1956). *El falo y el meteoro*. En *Seminario 3: Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1958). *Clase 28*. En *Seminario 5: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Manzotti, M. (1996). *Seminario: Autismo; límites y posibilidades en Fundación hacer lugar*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Médicos Sin Fronteras. (2016). *Guía Clínica y Terapéutica*. Disponible en http://refbooks.msf.org/msf_docs/sp/clinical_guide/cg_sp.pdf
- Millas, D. (2015). *El psicoanálisis pensado desde la psicosis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Mental*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Mental*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (25 de Julio de 2014). *Acuerdo ministerial 00004927*.

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (Julio de 2014). *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental*. Quito: Comisión de Salud Mental.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (18 de Diciembre de 2015). *Ley Orgánica de Salud*. [Ley No. 67.]
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Guía de Salud Mental Comunitaria*. 1era ed. Quito: Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recopilación de Adicciones.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Salud Mental*. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/salud-mental/#>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Guía de Intervención del mhGAP*. En *Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)*. Disponible en <http://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental (2013-2020)*. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Unesco.
- Ramírez, J. (2008). Hacia una clínica de las suplencias en la psicosis. *Affectio Societatis*, 5(9). Recuperado de <http://Antares.udea.co/~psicoan/affectio8.html>
- Rojas, R. (2016). *Proyecto Datus Ecuador*. [Imagen]. Ecuador. Inédito.
- Roudinesco, É., & Plon, M. (2008). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Schejtman, F. (2012). *De "La negación" al Seminario 3 en Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador. Recuperado de Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/figlo_uniope.htm
- Subdirección de Salud Mental de Murcia. (2009). *Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental*. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf
- Tendlarz, S. (2004). *¿De qué sufren los niños?: la psicosis en la infancia*. Buenos Aires: Lugar.
- Velásquez, J. (2013). *Las nuevas formas de la psicosis. Nel Medellín*. Recuperado de <http://nel-medellin.org/las-nuevas-formas-de-las-psicosis/>

Entrevistas realizadas en la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA.

Entrevista a Dr. Daniel Vargas Sánchez

Médico postgradista.

Nosotros manejamos pacientes con depresión o pacientes que tienen el trastorno antes de ingresar al tratamiento que se les proporciona aquí. Algunos ya vienen con problemas por el mismo estrés, algunos ya vienen tomando medicamento para la depresión, para dormir.

1. ¿Qué procesos se siguen para la atención de pacientes psicóticos?

Hemos tenido pacientes que son esquizofrénicos también. Algunos han tenido delirios de persecución o son esquizofrénicos medicados. Incluso que han cambiado su parecer en relación a la intervención o han deseado que se les coloque algo más en las notas, como por ejemplo, un caso que quería que le pongamos que cualquier cosa que le suceda es culpa del doctor porque la miraba feo.

Aquí en el piso ha habido varios casos de paciente psicóticos, algunos con diagnósticos clínicos o psiquiátricos y otros que han mostrado ciertas características de una patología psiquiátrica sin origen orgánico, la han manifestado aquí en el piso. De cierta forma, depende de la hora que se suscita alguna situación con el paciente porque el apoyo psiquiátrico o psicológico en la institución es hasta determinado tiempo, desde las ocho de la mañana hasta las cuatro de la tarde como máximo. Entonces si esta situación se da antes de las cuatro de la tarde tenemos el apoyo del psiquiatra o del psicólogo que hace un análisis del paciente, un análisis global del comportamiento y tiene que mirar si es una situación pasajera o si hay de fondo una patología psiquiátrica. Entonces si llegara a ser en este plazo podríamos contactar al psiquiatra o al psicólogo y pueden abordar el tema y si amerita o no tratamiento ellos deciden. Pero durante la tarde o la noche que no hay este tipo de apoyo para prescribir esta medicación ahí nos vemos limitados porque no todos tenemos autorización de prescribir medicamentos en estas situaciones, ponemos algo más básico como peridona o cuando hay trastornos del sueño algo que induzca el sueño lo demás sería esperar. Cuando se suscita en un horario en el que no tenemos el apoyo que había mencionado antes, nosotros nos regimos a pedir la autorización del familiar para realizar medidas de sujeción, es decir, amarrar al paciente, esto cuando el paciente se torna violento.

Tratar de aliviar un poco el momento que esta irritable y todo eso y si es incontrolable lo sujetamos con la autorización del familiar siguiendo el protocolo, tratar en lo posible con medicamentos bajar la ansiedad o lo que tenga y esperar hasta el siguiente día hasta que haya apoyo.

2. ¿A qué área se deriva un paciente psicótico?

Directamente a psicología y psiquiatría, no hacemos nada más.

3. En el caso de un paciente psicótico que además de un trastorno mental presente una afección orgánica ¿Cómo se da el trabajo interdisciplinario entre el área de salud mental y el tratamiento orgánico?

Se hace una valoración del paciente. Saber si antes del trastorno orgánico tenía una manifestación de deterioro mental o no. Tiene que ser valorado tanto por el neurocirujano como el psiquiatra. Si el neurocirujano manifiesta que hay una causa

orgánica en relación a lo que manifiesta el paciente pues la causa es netamente orgánica y no intervendría psicología ni psiquiatría. Si lo que se evidencia no está en relación a lo que manifiesta el paciente, el paciente es derivado a psicología o psiquiatría.

4. ¿Cuántos pacientes psicóticos recibió usted en el último año?

Al menos tres en este año.

Entrevista a Dra. Pilar Polit

Médico postgradista.

1. ¿Qué procesos se siguen para la atención de pacientes psicóticos?

Con los pacientes psicóticos no hay una intervención psicológica o psiquiátrica en los turnos de la noche o de la tarde, lo que hace que pidamos autorización de los familiares para tomar medidas de sujeción. Ha habido casos de familiares que incluso han tenido que dormir aquí (en el hospital) para que los pacientes no se vayan, porque quieren irse de aquí. Porque no hay psiquiatras o psicólogos en el área de emergencia se quedan sentaditos haciendo relajos uno tiene que ir a hablarle bonito se quedan sentados y el familiar muerto de la pena pero no hay nada que hacer. Ya sabemos que eso pasa.

No hay la posibilidad de llamar al psicólogo o al psiquiatra.

2. ¿A qué área se deriva un paciente psicótico?

Al área de psicología o psiquiatría.

3. En el caso de un paciente psicótico que además de un trastorno mental presente una afección orgánica ¿Cómo se da el trabajo interdisciplinario entre el área de salud mental y el tratamiento orgánico?

Se realiza una revisión por parte del neurocirujano y si la causa es orgánica recibe tratamiento dirigido hacia la causalidad orgánica. Si no es así es derivado a psiquiatría o psicología y en conjunto recibe un tratamiento de oncología.

4. ¿Cuántos pacientes psicóticos recibió usted en el último año?

Unos tres pacientes.

Entrevista a Psicóloga Jessica Barba

Directora del área de psicología.

1. ¿Qué manual o normativa se utiliza con los pacientes que llegan al área de psicología?

Por lo general, para nosotros poder atender a los pacientes es por interconsulta, derivado del médico tratante que venga a psicología, que puede ser consulta ambulatoria o pacientes que están ingresados por interconsulta o pacientes también que vengan o demanden ellos por motivos personales. En eso no tenemos procedimiento ni nada, solo es por derivación o que el paciente mismo venga a atención personal.

2. ¿Qué condiciones se toman en cuenta para que un paciente sea remitido al área de psicología?

Por lo general, yo trabajo en cuidados paliativos y trasplantes. Nosotros en psicología nos manejamos de manera que si un paciente está llorando mucho o están muy angustiados, los médicos por lo general tienen otra visión entonces no es tan pensando en la parte emocional, están viendo los exámenes de sangre, la clínica del paciente. Pero si es que ven que un paciente está muy ansioso, llorando mucho o están muy demandante, demandantes en sentido que están doctor tal cosa o la familia están doctor tal cosa, entonces los mandan a psicología. No es que tienen un criterio clínico para enviar a psicología porque envían de todo. Los médicos no tienen ese filtro. Nosotros atendemos a los que nos llegan. Sería ideal que paciente que llegue nuevo al hospital desde oncología sea remitido a psicología. Pero por ejemplo paciente que llega a cuidados paliativos son derivaos a psicología son pacientes en estado terminal que va a llegar un momento de su partido, se trabaja con los pacientes. Los envían a psicología para ver componentes emocionales como el dolor influyen directamente o ver como la familia del paciente va elaborando su proceso de duelo, eso está dentro de protocolo. En pediatría también dentro del protocolo está que paciente que termina, que está en remisión que no está fuera del cáncer va a psicología para ver qué efectos ha tenido el paciente durante todo ese proceso y si esta sintomatizando. Psicología es para ver el entorno del paciente, qué expectativas tiene.

3. ¿Puede un psicólogo clínico dirigir el área de salud mental?

No tenemos área de salud mental, pero si, si puede porque nuestro trabajo es muy independiente, no nos regimos mucho por el médico, nosotros trabajamos con el paciente. Pero como este es un hospital de especialidad no hay un área de salud mental porque está dirigido a oncología, al cáncer. Es psicología de apoyo.

4. ¿Trabajan en conjunto el área de psicología y psiquiatría? y ¿cuál es la intervención que se realiza cuando ocurre este trabajo interdisciplinario?

Nosotros nos manejamos mucho con el área de psiquiatría. Psiquiatría envía pacientes porque obviamente el psiquiatra cuando ve que hay conflictos familiares, él no medica, los envía a psicología. Cuando nosotros (área de psicología) vemos que hay pacientes que tienen dificultades del sueño, que están con ataques de pánico se deriva a psiquiatría. Somos muy abierto con el psiquiatra, siempre estamos en comunicación y son derivaciones directas. Si tenemos una emergencia lo llamamos para que atienda un paciente y asimismo, él nos llama para atender un caso.

5. ¿Cuál es el proceso a seguir con un paciente psicótico que llega al área de emergencia? y ¿cuándo se realiza un trabajo con la familia?

Por lo general, la prioridad no es la psicosis, es la enfermedad, entonces lo otro queda en segundo plano, ya después del tiempo se da cuenta recién de lo otro. Si hay un paciente que es psicótico entonces ahí se habla con psiquiatría o se conversa con los familiares a ver si tienen atención psiquiátrica o se les sugiere lo importante que es que haya una intervención psiquiátrica, pero aquí en el hospital eso es segundo plano. Por lo general, nosotros lo que hacemos es derivarlo el paciente a psiquiatría pero si es un paciente que produce que esta tratado que está muy bien trabajamos si nuestra posición es más bien de escucha de lo que dice. Yo tuve una paciente que fue derivada porque no salía del consultorio del mastólogo, no salía le hacía problema, lo insultaba y todo, antes de eso, le detectaron una bolita, un cáncer de mama. Luego, hizo todos los exámenes pero al momento de la cirugía, esa mujer no quería que la operen, le echó la culpa al doctor y decía que eso era mentira del doctor. En la entrevista se dio cuenta que era psicótica, se la derivó a psiquiatría pero ella no quería ir allá así que la atendió el psicólogo y luego, fue derivada a mí. Yo la atendí como cinco veces, no está descompensada pero es una paciente que tiende a ser demandante con los doctores, entonces nosotros en nuestras devoluciones ponemos paciente desconfiada, tener una comunicación firme, ser clara con paciente, o paciente con diagnóstico de esquizofrenia. Siempre detallamos en nuestros informes eso con pacientes que son psicóticos para que los médicos puedan leer, esa es la segunda opción, porque eso no es la prioridad aquí.

En lo que es proceso a seguir si es un paciente psicótico que esta desencadenado se lo envía a emergencia o sino al psiquiatra porque eso es trabajo del psiquiatra cuando esta desencadenado. No ha habido casos de psicosis así porque esta no es la especialidad del hospital, lo que se hace es derivarlo al psiquiátrico directamente.

6. ¿Hay un número establecido de sesiones con los pacientes psicóticos? y ¿esto de qué depende?

No hay un número establecido. Pero si un paciente psicótico quiere venir todos los días, se le dice una vez por semana. Si tenemos la posibilidad de que los pacientes puedan venir en cualquier momento.

7. ¿Qué terapias se realizan con pacientes psicóticos?

Entrevistas clínicas, nada más, ese es nuestro trabajo.

8. ¿Bajo qué condiciones se realiza el internamiento de un paciente psicótico? y ¿quién decide esto?

Derivación al psiquiátrico, inclusive el psiquiatra no ha ingresado a nadie por un problema así porque el hospital no se especializa en eso.

Entrevista a Psiquiatra Jorge Gencón

Director del área de psiquiatría.

1. ¿La institución se maneja con algún manual, protocolo o normativa internacional y nacional para atender casos de salud mental?

En la parte psicológica claro que hay parámetros o algoritmos donde uno puede diferenciar, en la parte médica obviamente estamos generando ese tipo de guías no guías individuales sino internacionales. Aun no hay el manejo específicamente psiquiátrico de salud mental, yo soy el único psiquiatra que está aquí, pero se puede obtener por ejemplo alternativas terapéuticas generadas desde salud mental para atención en medicina oncológica o diferentes procesos como agitación psicomotora lo que puede manejar el médico en emergencia, pero en salud mental yo la manejo y me gustaría realmente si hay otro psiquiatra la podemos manejar ya.

2. ¿Qué condiciones se toman en cuenta para que un paciente sea remitido al área de psiquiatría?

Tiene que tener criterios. Pacientes con psicosis, pacientes con alteraciones de conducta, con agitación, con alteraciones sensoriales, son derivados directamente para psiquiatría o que tengan algún otro tipo de patología de base con el cual hayan venido previamente.

3. ¿Trabajan en conjunto el área de psicología y psiquiatría? y ¿cuál es el objeto de cada campo dentro de la intervención que se realiza cuando ocurre este trabajo interdisciplinario?

El fondo es trabajar en conjunto no solamente desde psicología o psiquiatría sino de todo el equipo: paliativos, cirugía, medicina, psicología y psiquiatría; es parte del proceso de duelo, proceso de intervención familiar, proceso personal de cada quién. El afán es el beneficio del paciente y el entorno familiar que se ha apropiado para condiciones en las cuales este señor o esta señora vienen acá.

4. ¿Cuál es el proceso a seguir con un paciente psicótico que llega al área de emergencia?

Hay que seguir guías y esto es lo que se está por ejemplo se genera en un área en donde debemos tener algoritmos que es lo que debo hacer, si es un paciente psicótico agitado obviamente tiene su intervención farmacológica. No inmediatamente llaman al psiquiatra sino logran manejarlo. Ahí hay otra intervención que es la contención, primero verbal, luego química y si vemos que no, llaman al psiquiatra que también tiene una intervención con fármacos, eso es lo que se hace con un paciente psicótico.

Muy pocos se derivan a hospital de neurociencias, se trata de resolver todo acá, diría que un 99% se resuelve.

5. ¿Se realiza un trabajo con la familia en los casos de pacientes psicóticos? y ¿ese trabajo está a cargo de psicología o psiquiatría?

Claro, por supuesto. Acerca de quién está a cargo el trabajo, no se ha hecho todavía una guía, usamos todavía guías de afuera para seguirla acá porque somos muy poquitos. Al menos la parte psicológica tiene otro tipo de intervención y en patología psiquiátrica puede resultar a lo mejor hasta que no se estabilice al paciente puede ser poco necesario que hagamos la intervención psicológica. Pacientes psicóticos imposible hacer intervención psicológica, pacientes bipolares en fase maniaca o en

fase depresiva, muy pocos lo que pueden recordar, o si esta con desórdenes o con alteración de conciencia muy poco se puede hacer pero si farmacológicamente.

6. ¿Hay un número establecido de sesiones con los pacientes psicóticos? y ¿esto de qué depende?

No hay un número establecido. Hay que ver la psicosis de donde viene, si es una psicosis secundaria orgánica, si es cambio secundario por fármacos va a ser dependiendo de la condición que este y de las condiciones también que tenga esta psicosis.

7. ¿Qué tipos de terapias se realizan con pacientes psicóticos?

Farmacológicas.

8. ¿En la intervención con pacientes psicóticos es posible dejar la medicación en algún momento?

Si es una psicosis crónica permanente no, si es una psicosis breve transitoria si, si es una psicosis secundaria si, pero obviamente cuando es primaria imposible dejarla.

9. ¿Qué intervención reciben los pacientes psiquiátricos que presentan síntomas negativos?

Farmacológicas. Hablamos de psicosis con síntomas negativos como la esquizofrenia. La esquizofrenia es evidentemente farmacológica, es una patología que el paciente ya tiene instaurada un daño continuo. Por ello, debe ser tratado farmacológicamente, si no logramos estabilizarlo farmacológicamente va a ser muy difícil que logremos que esa persona vuelva a funcionar. Debe tener su base farmacológica, una vez estabilizado se puede intervenir pero mientras no esté estabilizado obviamente hay que intervenir farmacológicamente.

10. ¿Bajo qué condiciones se realiza el internamiento de un paciente psicótico? y ¿quién decide esto?

El psiquiatra lo decide. En este hospital bajo las condiciones que si no es un paciente oncológico y las condiciones no son las apropiadas para los demás pacientes, se hace una derivación. Si su patología de base es oncológica se trata aquí.

11. ¿Quién puede dirigir el área de salud mental? y ¿en qué se basan para nombrar a un director del área de salud mental?

No es una jerarquía académica, es una jerarquía específicamente de quién logra manejar la situación, puede ser el psicólogo o el psiquiatra, depende de lo que más le va. Un hospital oncológico puede ser un psicólogo o un psiquiatra, un hospital psiquiátrico necesariamente debe ser un psiquiatra y un hospital general no necesariamente debe ser un psicólogo o un psiquiatra, puede ser un médico. Va a ser dependiendo de la necesidad del hospital.

Entrevistas realizadas en el Hospital Dr. Icaza Bustamante.

Entrevista a Psicóloga Paola Córdova

No se realizó entrevista a la psicóloga

Ella menciona que es nueva en el hospital, con solo tres años laborando ahí y no tiene conocimiento acerca de los lineamientos a seguir y que no ha tenido pacientes psicóticos. Menciona que los casos de pacientes psicóticos son trabajados por psiquiatría. Nos dirige hacia la psiquiatra quien conoce más acerca de las normativas.

Entrevista a Psiquiatra Silvia Cedeño Bravo

Unidad de quemados.

1. ¿La institución se maneja con algún manual, protocolo o normativa internacional y nacional para atender casos de salud mental?

Todas las instituciones estamos regidas bajo un protocolo de tratamiento y seguimiento a nivel mundial y esto está regido a través de la OMS, de la OPS. Los lineamientos en salud mental. Todos son lineamientos y protocolos. Como son: el tiempo de hospitalización, el tiempo de tratamiento, el esquema de tratamiento, opciones y adherencias dentro del tratamiento. Todos vienen con lineamientos y protocolos.

2. ¿Qué condiciones se toman en cuenta para que un paciente sea remitido al área de psiquiatría?

Hay que considerar si este paciente tiene un trastorno o una enfermedad; o que pueden tener ciertos síntomas que no llega a ser un trastorno, no es una enfermedad. No necesariamente tienes que tener una enfermedad para derivarlo al psicólogo. Al psicólogo que lo puedes derivar cuando tenga síntomas. Por ejemplo: signo: paciente que este angustiado, que este ansioso y que no sabe cómo controlar sus emociones. Puede tener pensamientos disruptivos, intrusivos o distorsionados. Se los pueden derivar al psicólogo, o lo puedes derivar al psiquiatra, cuando ya vea que estos signos se asocian más los síntomas en tiempo y que afectan la calidad del paciente dentro de la vida diaria hay que derivarlo al psiquiatra. Entonces el ser humano a través del tiempo en cualquier momento de la vida puede presentar un trastorno o puede presentar síntomas que no llegan a ser un trastorno, porque el que ya está con una enfermedad mental es cuando ya se ha hecho el diagnóstico y el tiempo de tratamiento que ha tenido.

3. ¿Trabajan en conjunto el área de psicología y psiquiatría? y ¿cuál es el objeto de cada campo dentro de la intervención que se realiza cuando ocurre este trabajo interdisciplinario?

Obvio hay que trabajar en conjunto, esto es como un casamiento, no puede haber divorcios en esto porque se tiene que conocer al paciente, no solamente en la parte psiquiátrica sino que también en la parte emocional de lo que el paciente puede manifestar con el psicólogo y viceversa el psicólogo también necesita saber de cómo está la parte de su adherencia al tratamiento, de cómo están las estabilizaciones, de cómo está vínculo familiar, todo esto es un conjunto. Esto es multidisciplinario, no solamente el paciente tiene que ser visto por el psicólogo, por el psiquiatra, sino que a su vez tiene que ser evaluado por el clínico; si es una mujer que está en estado de edad fértil: con la ginecóloga; si hay trastornos que puedan estar derivados por la parte metabólica, endocrina: el endocrinólogo; o sea dependiendo. No es solamente paciente del psiquiatra y del psicólogo.

4. ¿Cuál es el proceso a seguir con un paciente psicótico que llega al área de emergencia?

Es aportar, aportar desde el punto de vista de que es lo que se ve en el paciente y el objetivo que tiene un equipo intermultidisciplinario llegar a un compromiso: estabilizar a un paciente, que sea funcional y que tenga las maneras de poder reinsertarse: en la familia, en la sociedad y si es posible en lo laboral. No es el hecho de que porque tenga una enfermedad no se le debe dar una oportunidad en una

inserción laboral. En otros países por ejemplo hay agrupaciones de pacientes con enfermedades mentales que tienen negocios propios como, de una manera que les va a rentar y desarrollan habilidades, la creatividad y si es un medio de sostén.

5. ¿Se realiza un trabajo con la familia en los casos de pacientes psicóticos? y ¿ese trabajo está a cargo de psicología o psiquiatría?

Si, evidentemente, porque nosotros tenemos que saber mantener una buena comunicación, es decir, tiene que haber una alianza con la familia, ya sea el amigo, el vecino, como vive este paciente, que han observado. Si este paciente se toma la medicación completa, si acude a los controles. En estos estados del paciente descompensado, no podemos tener una información de su historia clínica hasta que al paciente se lo estabilice, entonces tenemos que tener la ayuda de los familiares o el acompañante. Es importante, no podemos enfocarnos solo en el paciente.

6. ¿Hay un número establecido de sesiones con los pacientes psicóticos? y ¿esto de qué depende?

No, no es decir bueno vamos a trabajar con una psicoterapia breve de doce sesiones, no, eso no existe. Eso es dependiendo de cómo reacciona el paciente.

7. ¿Qué tipos de terapias se realizan con pacientes psicóticos?

Un paciente psicótico, en un estado de psicótico, en un brote, no funciona ninguna terapia porque el paciente está descompensado, entonces no va a haber la cognición, no va a haber razonamiento, no va a haber porque esta todo distorsionado. No se puede trabajar. Una vez que este estable, si, cuando se estabilice. Pero así en una descompensación el psicólogo no tiene ninguna función porque no puedes trabajar desde la parte comportamental, no puedes trabajar con la parte cognitiva, no puedes trabajar y más aún psicoanálisis o sea no puedes. El paciente tiene que estar estable para que el psicólogo pueda trabajar. La terapia que más se usa es la comportamental, si dentro de la cognitiva porque no puedes entrar con un paciente psicótico con un psicoanálisis. Psicoanálisis está más para otro tipo de trastornos, otro tipo de pacientes; pero un paciente psicótico no. Por eso te digo desde primera línea una intervención psicológica en un paciente descompensado psicótico no. Si este paciente es una esquizofrenia y si está estable dentro del cuadro de base ahí es abordable, el psicólogo puede trabajar y emplear la técnica o cualquier línea de la que maneje, pero tiene que el paciente estar estable. En cuadro, en brote, no.

8. ¿En la intervención con pacientes psicóticos es posible dejar la medicación en algún momento?

No, no la puede dejar, porque dependiendo de la medicación es la estabilización del paciente.

9. ¿Qué intervención reciben los pacientes psiquiátricos que presentan síntomas negativos?

Aquí, no. Eso se ve más en hospitales de especialidad, en el psiquiátrico, donde el paciente con síntomas negativos justamente es la apatía, todo lo negativo, paciente abúlico. Igual hay que trabajar en eso hasta poder estabilizarlo y lamentablemente bueno hay que trabajar con medicación y poderlo estabilizar y cuando están más estables ahí si se solicita las intervenciones respectivas con psicología.

10. ¿Bajo qué condiciones se realiza el internamiento de un paciente psicótico? y ¿quién decide esto?

Actualmente la ley de salud mental prohíbe que un paciente este ingresado en contra su voluntad. Entonces con las leyes si se complica un poco, porque un paciente con una descompensación psicótica va a decir que no me quiero ingresar, entonces el médico tiene que evaluar los riesgos del paciente junto con la familia, que te digan si tienen chicos pequeños, si está muy agresivo, entonces es preferible hacer una internación para estabilizarlo. La decisión en este caso es más del psiquiatra o sea yo creo que mira, uno es el que tiene el poder de la decisión, es decir, este paciente en mi criterio es un riesgo para sí y para terceros. Entonces tomo la decisión que este paciente debe ser internado. Se debe explicar bien a las autoridades, los familiares, tener fundamentos; quien te va a ayudar en caso de una demanda hecha por el paciente: el historial clínico, a través de una buena realización de una historia clínica, de como yo veo un paciente dentro de la esfera mental y si hay el justificativo de que tenía que ser ingresado para evitar los riesgos para sí y para terceros, se tomaría la decisión.

11. ¿Quién puede dirigir el área de salud mental? y ¿en qué se basan para nombrar a un director del área de salud mental?

Los que manejan el área de salud mental, los que direccionan, es el psiquiatra. Porque el psiquiatra antes de ser psiquiatra es médico, entonces para poder evaluar y ver un paciente tienes que ser médico porque no solamente la parte mental es lo emocional y psicológico, es todo en conjunto porque hay que saber diferenciar.

Entrevistas realizadas en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS

Entrevista a Dra. Mirella Franco

Médico especialista del Área de Ginecología.

1. ¿Qué procesos se siguen para la atención de pacientes psicóticos?

Una vez detectada la patología coadyuvante en el caso de una embarazada, es interconsultada al servicio de psiquiatría para que haga su historia clínica completa y si amerita tratamiento farmacológico lo aplique el psiquiatra y luego seguida por psicología que le da terapia de apoyo psicológico. Más aun en pacientes que están hospitalizadas que son alejadas de su familia, están más ansiosas, la mayoría de ellas que van a permanecer más tiempo necesitan apoyo psicológico.

2. ¿A qué área se deriva un paciente psicótico?

Se deriva en primera instancia al área de psiquiatría.

3. En el caso de un paciente psicótico que además de un trastorno mental presente una afección orgánica ¿Cómo se da el trabajo interdisciplinario entre el área de salud mental y el tratamiento orgánico?

Una paciente que tiene una patología en cualquier parte de su organismo es interconsultada por cada médico de su especialidad. Si tiene por ejemplo un tumor a nivel de vías biliares, páncreas o renal. Es interconsultado con cada médico de especialidad, con el apoyo conjuntamente del problema básico que es su problema psicótico con el psiquiatra.

En el caso de que una mujer este embarazada y tenga psicosis, como se hace el trabajo ahí. Una vez que ha estado el problema psicótico el médico ginecoobstreta interconsulta al psiquiatra y ambos: el perinatólogo, que es el especialista en embarazos de alto riesgo, y el psiquiatra evalúan la paciente conjunto y ven que medicamento puede tomar la paciente. Porque el psiquiatra puede decir este le va bien pero si un medicamento categoría C en adelante que va a atravesar la barra placentaria, se coge por beneficio o sea esto es si va a beneficiar a ella y a producto, al feto, será el tratamiento adecuado.

4. ¿Cuántos pacientes psicóticos recibió usted en el último año?

Solo una paciente al momento de este año 2016, a la fecha. Es el caso de una paciente consumidora de drogas, a muchos tipos de drogas.

Entrevista a Dr. Daniel Alvarado

Médico postgradista.

1. ¿Qué procesos se siguen para la atención de pacientes psicóticos?

La atención dentro del hospital donde prácticamente el área de psicología recién se está implementando, existía antes pero no como se está manejando ahora; pacientes psicóticos como tales llegan poco al área de emergencia, que es el área donde yo trabajo, ya que vienen pacientes más con patologías orgánicas como tales, tanto psicológicas o psiquiátricas muy pocas ya que obviamente hay un instituto especializado para eso pero cuando uno detecta un tipo de paciente por lo general lo deriva al psiquiatra, porque es con el servicio que nosotros contamos pero como es nuevo el servicio si detectamos un tipo de paciente psicótico hablando de nuestra definición no, con algún tipo de alteración neurótica, etc. Si llega dentro de las primeras 8 horas del día, me refiero de 8 a 4, que a esa hora se cuenta con el servicio de psicología se lo deriva primero a ese servicio. Se interconsulta primero a ellos para que ellos hagan una valoración y si ellos consideran debe seguir siendo tratado por su medio o sea por su área. Ahora si, al menos es lo he hecho, yo hablaba con la psicóloga de emergencia para que ella entable conversación con él, pero si el paciente está muy agresivo si ya se trata de un paciente netamente psiquiátrico, paciente esquizofrénico, descompensado, obviamente nos saltamos ese paso y vamos directamente al psiquiatra porque el paciente necesita ser medicado para al menos tranquilizarse porque si no, no se puede trabajar con el paciente. Básicamente eso.

2. ¿A qué área se deriva un paciente psicótico?

Como te digo llegan muy pocos pacientes así. Lo derivamos al área de psicología si llega dentro de las primeras 8 horas, porque contamos con ese servicio de 8 a 4 o sea las 8 horas del día inicial. Ya después de las 4 no contamos con ese servicio entonces llamamos a psiquiatría si es que amerita. Se supone que hay el especialista y el médico residente de psiquiatría, que maneja también el área. Claro, ya son patologías diagnosticadas, pacientes medicados ya que no tienen una adherencia al tratamiento, no tienen el apoyo familiar, entonces los familiares descuidan, no le dan la medicación y el paciente se descompensa y obviamente paciente ya medicado que lo traen básicamente por eso, porque es agresivo.

3. En el caso de un paciente psicótico que además de un trastorno mental presente una afección orgánica ¿Cómo se da el trabajo interdisciplinario entre el área de salud mental y el tratamiento orgánico?

Bueno como yo trabajo en el área de emergencia eso asumo que lo ven más las personas que están en piso o sea en el área de hospitalización. Realmente ahí si te puedo decir que desconozco pero al menos cuando se encuentra en el área de emergencia que están como quien dice en un área de observación por lo menos de 24 horas, los que ameritan estar o más tiempo. si se hace a veces una especie de interconsulta, no se hace de manera inmediata porque los pacientes que vienen con una patología orgánica vienen básicamente por eso pero a lo mejor ellos se deprimen o empiezan a tener cuadros depresivos por su enfermedad de base, le entra angustia o depresiones, en donde ya conforme avanzan los días de hospitalización eso se hace evidente, se hace manifiesto y ahí si es necesario interconsultar, básicamente a psicología. En los casos de pacientes que vienen con una patología orgánica asociado o simplemente un paciente netamente

psiquiátricos. Es que claro el paciente que viene prácticamente desestabilizado es un paciente que necesita ingreso, necesita hospitalizarse y para eso si el paciente esta agresivo y como te digo ya es un paciente diagnosticado que está en tratamiento que se descompensa porque no toma la medicación hay que tranquilizarlo o sea hay que medicarlo, se lo estabiliza y después sube a piso. Por lo general lo que yo he visto es que los pacientes hospitalizados como tal, o se deprimen, o entran en un episodio de negación o un estado de negación o un estado agresivo, porque se desesperan o no aceptan lo que tienen, etc. Entonces ahí sí, no vienen por eso básicamente sino que se le suma eso con su patología orgánica, entonces ahí si se interconsulta a psicología. Por ejemplo pacientes que viene por un pie diabético y que tienen que amputarles la pierna, esas personas entran en una negación y dicen “no es mi pierna” ahí quieren morirse con su pierna pero ahí entra digamos la acción conjunta con psicología para que hablen con los familiares y hablen con el mismo paciente, para que no se vean, hagan el trabajo que tengan que hacer y acepten o no acepte vea las consecuencias.

4. ¿Cuántos pacientes psicóticos recibió usted en el último año?

En este último año muy pocos, yo creo que cuatro habrá sido mucho.

Entrevista a Psicóloga Lisbeth Solís

1. ¿Qué manual o normativa se utiliza con los pacientes que llegan al área de psicología?

Con todos se utiliza el CIE10

2. ¿Qué condiciones se toman en cuenta para que un paciente sea remitido al área de psicología?

Todo paciente que no calce en cualquier tratamiento viene a psicología, nosotros no escogemos. Al menos en este hospital psicología no tiene opción ni de derivar, ni de escoger, solo recibimos, ni psiquiatría. Por ejemplo, ahora que van a hacer el hospital de ceibos nuestro jefe nos vino avisar que tenemos que empezar a hacer una regulación de los pacientes que vamos a conservar aquí. Porque el Teodoro Maldonado es un hospital de tercer nivel, eso quiere decir que es un hospital solo para pacientes que ameriten una cierta complejidad. Los demás deben ir a dispensarios u hospital tipo 2, tipo 1. De todos modos los otros servicios si tienen unos límites, por ejemplo, si es un paciente que ya tiene un problema de sueño, no necesita ir con un psiquiatra de especialidad, puede en dispensario ir a retirar su medicación y se acaba. Entonces ellos si tienen esa opción de cortar que pacientes vienen o que patologías ameritan y cual no, psicología no. Si por ejemplo, un paciente tiene diagnóstico de artritis reumatoide y resulta que también le duele el dedo gordo del pie, como eso ya no es la artritis que tenía, derivado para psicología, le está doliendo el dedo gordo por algo más. No hay límites.

3. ¿Puede un psicólogo clínico dirigir el área de salud mental?

Por regulaciones estatales, no. Porque los reglamentos que rigen el hospital es que un médico de especialidad, tiene que cumplir unos ciertos lineamientos. La realidad es que por ejemplo, psiquiatría tiene una hospitalización y quien decide el ingreso y egreso de un paciente el psiquiatra. No tanto porque sufre, llora, esta triste, sino porque hay un control de la medicación. Si ingresan a un hospital es más que todo para el manejo de la medicación. Los psiquiatras de aquí son súper amables y le venden la idea a los pacientes de que es para que tengan terapias continuas porque la verdad es que por consulta externa es muy complicado, tú ves a un paciente una vez cada dos meses. Ellos también le venden esa idea, es para controlarte la medicación pero también para que el psicólogo te vea todos los días y te vayas de aquí bien paradito, pero es más la venta de esa idea, la realidad es que es por el tema de medicación. Entonces para que alguien dirija el servicio de salud mental tiene que ser un psiquiatra.

4. ¿Trabajan en conjunto el área de psicología y psiquiatría? y ¿cuál es la intervención que se realiza cuando ocurre este trabajo interdisciplinario?

Aquí siempre, no sé realmente como es en otros lugares, pero aquí yo me lleve una grata sorpresa. Aquí no hay ningún paciente que este en contacto con nosotros dos y que tenga un tratamiento diferente con uno y con otro. Por ejemplo que yo le diga: si, es recomendable que haga esto y el psiquiatra le diga: no, haga lo contrario, eso jamás pasa aquí, muy rara vez. Por ejemplo, en donde más tenemos líneas de contacto es en hospitalización, porque para que a un paciente le den de alta o se decida algo en relación a él, el psicólogo y psiquiatra se ponen de acuerdo. Si es necesaria terapia familiar, los psiquiatras a veces nos preguntan a nosotros "tú crees que ya le puedo bajar la medicación", nosotros no tenemos ni idea, pero si le podemos decir cómo está evolucionando clínicamente, o sea, como se ve y si talvez

es favorable o no. Ya conociendo las respuestas que él suele tener, porque la función del psiquiatra es medicar, pero hasta ellos, al menos los de aquí, reconocen que ya hay momentos donde no hay crisis, donde ya no es necesario y donde si nos los dan a nosotros, nos los encomiendan con la idea de que “le voy a sacar la medicación, pero míralo más seguido” o sea tenemos esa línea de comunicación de que es lo que va a pasar a futuro con un paciente.

5. ¿Cuál es el proceso a seguir con un paciente psicótico que llega al área de emergencia? y ¿cuándo se realiza un trabajo con la familia?

Cuando un paciente llega al área de emergencia es un drama, porque para que llegue es porque está descompensado, o sea, está agitado, está delirante, se ha intentado matar o intentado matar a alguien, está en malas condiciones. En emergencia lo estabilizan, se asustan, llaman; por lo general baja el psiquiatra o el residente y lo noquean, esa es la verdad. Esperan que poco a poco vaya calmando los síntomas hasta que este medianamente estable para subirlo a piso, no es un área para tener un paciente agresivo. No es como el neurociencias que tú lo puedes tener en un área de contención, si él se sale puede lastimar al paciente de al frente, entonces la realidad es que sí, hay que esperar que este estable, cuando está estable se lo sube a piso. Ellos están a veces mucho tiempo con nosotros, hay pacientes que han estado un mes hospitalizados, la mayoría de los pacientes se van a las dos semanas, nadie está tanto tiempo. Pero un paciente psicótico, bien psicótico, está al menos un mes y algo más. A veces dura dos semanas que el psiquiatra encuentre la dosis para ellos, para que ya bajen los delirios, este más comunicativo, no esté tan sedado y en esas dos semanas que esperamos que el paciente se estabilice a veces trabajamos con la familia, depende de la colaboración que tengan ellos. La verdad es que los pacientes psicóticos, se caracterizan por tener familiares poco colaboradores o bien desorganizados, piensan que es el neurociencias, entonces solo lo vienen a dejar botado y desaparecen, nunca los vuelves a ver, o si los ves tienen creencias muy cerradas acerca de la enfermedad del paciente y son poco perceptivos a lo que tú les puedas decir. Hay unos que responden mejor otros no tanto. Cuando el paciente empieza a despertar, ya está un poco tranquilo, delirante pero tranquilo ahí si tratamos de hacer un abordaje con ellos. Obviamente no en la línea de disminuir eso pero si poner algunos canales, que ese delirio no se extienda más sino empezar a acotarlo, y explicar al familiar que es lo que se está haciendo, porque gran parte de los episodios de brotes de un paciente con esquizofrenia o bipolaridad, es el mal manejo de los familiares en casa, o sea, es llevarle la contra, es pelearle cada cosa, el paciente aguanta, aguanta, hace crisis y lo ves cada tres meses, cada seis meses hospitalizado por mal manejo y porque no toman medicación.

6. ¿Hay un número establecido de sesiones con los pacientes psicóticos? y ¿esto de qué depende?

Si está en hospitalización, todos los días. Hay psicólogos de otra orientación y los de la universidad, los que estamos en la universidad sabemos que no podemos agobiar a un paciente con sesiones continuas porque podría hacer transferencia negativa. Sabemos que no es recomendable, sabemos que hay que verlo por ejemplo tres veces por semana y de esas tres veces, tú vas es a conversar, sabes que no vas a hacer psicoterapia, que no es psicoanálisis que no es nada de eso, tú vas es a conversar, a un poco organizar lo que él va diciendo, vas en todo el lugar de callarte y escuchar y dos días como que solo pasas “ah estas bien, dormiste, ¿todo bien?”

porque nuestra obligación en esa área es pasar visita todos los días, legalmente esa es nuestra obligación pero éticamente uno se las puede manejar por ejemplo, en ciertas terapias si hacer como unas indicaciones más precisas para que ese paciente pueda salir, o sea, tenga algo en que pararse. Otras en las que realmente solamente vas a escuchar a decir bueno mejor esto no hablemos ahora, a organizar un poco el discurso de él.

Si está ingresado un mes, sería unas quince veces que lo ves en un mes, es mucho, pero es como ir controlando. Por consulta externa a veces se extiende un poquito más, una vez cada quince, una vez cada mes y luego si está bien bonito establecido, una vez cada mes y medio por ahí. Ahí nosotros les hacemos extensiones de agenda. Si hay pacientes que llevan aquí años, es a criterio del psicólogo.

7. ¿Qué terapias se realizan con pacientes psicóticos?

El hospital tiene una regla, no escrita pero todos la sabemos. En este hospital lo que se hace es terapia cognitivo conductual, es lo que le piden a alguien cuando entra para acá. Cuando tú muestras tu currículum o estas como candidato, lo que van a ver primero es que tengas psicoterapia breve y terapia cognitivo conductual. Lo que haga cada uno adentro de cada cuarto, ya es como una responsabilidad propia; por ejemplo, nuestra jefa sabe que nosotros no hacemos eso, está súper consciente. Hasta el momento no se ha opuesto a nuestro trabajo, por ahí puede ser que uno comete errores y no todos los pacientes salen muy felices, pero al punto de que nos digan: sabes que no, la orientación que estas tomando no favorece, no ha ayudado al paciente, no está ayudando al área, de ese tipo de temas no.

8. ¿Bajo qué condiciones se realiza el internamiento de un paciente psicótico? y ¿quién decide esto?

Lo decide el psiquiatra, ya sea que llegue por la emergencia o por consulta externa. Siempre lo decide el psiquiatra, el psicólogo puede decir, sabe que creo que este paciente se me está descompensando, mírelo usted. Finalmente, la última voz es la del psiquiatra y las condiciones que debe tener es que sea una emergencia. Es decir, un paciente que está brotando o que está ciclando. Lo que es para nosotros psicóticos, yo creo que en la categoría de ellos entra las bipolaridades, esquizofrenias y algunos esquizoafectivos, algunos, no todos. Entonces habría que ver si es un bipolar, que este ciclando, que este muy maniaco, muy acelerado, o si está ciclando del otro lado que este muy depresivo, que este teniendo ideas de daño hacia sí mismo o hacia otros. Una emergencia completa es que ya esté muy delirante, que este agresivo, que no esté tomando medicación, eso es básico, o que esté tomando en exceso. Esos son patrones para ingresarlo.

Entrevista a Psiquiatra Ana Heinert Musello

Directora del área de psiquiatría.

1. ¿La institución se maneja con algún manual, protocolo o normativa internacional y nacional para atender casos de salud mental?

Si, la unidad de salud mental. Presentan una normativa que es de la unidad técnica de salud mental. Salud mental, quiere decir que abordamos psiquiatría y psicología, todo está dentro de salud mental. La normativa es propia de nosotros, hecha en cuanto a las necesidades que tenemos pero el protocolo que seguimos de base es un protocolo internacional ajustado a nuestra realidad. Un protocolo nacional de salud mental no hay, nosotros tenemos el de nosotros, el neurociencias tiene el suyo, pero no hay uno que rija para todo el territorio nacional.

2. ¿Qué condiciones se toman en cuenta para que un paciente sea remitido al área de psiquiatría?

Lo que es hospitalización, se tiene que ver el cuadro en el que está en el momento: si es un cuadro agudo, si es un cuadro psicótico, si hay manía, si hay una depresión muy severa, dependiendo del cuadro. Normalmente son cuadros agudos en pacientes crónicos estables como la esquizofrenia o los bipolares, o cuando hay un primer evento ya sea psicótico, una intoxicación por abuso de sustancias, que lo tenemos bastante en este momento. Tenemos cuadros agitados metabólicos, normalmente damos tratamiento en emergencia y de ahí va al área de donde surge el problema. Por ejemplo si hay uno con insuficiencia renal que de repente tiene algún tipo de alteración metabólica por la elevación propia de la urea, a ese paciente se le da la atención pero se remite a su cuadro de base, en este caso a nefrología.

3. ¿Trabajan en conjunto el área de psicología y psiquiatría? y ¿cuál es el objeto de cada campo dentro de la intervención que se realiza cuando ocurre este trabajo interdisciplinario?

Trabajamos juntos, somos salud mental, no es que es el servicio de psiquiatría, es salud mental, dentro de lo cual esta psiquiatría y psicología. Tanto en lo que es la consulta externa como la hospitalización se trabaja en conjunto. Todos los pacientes tienen asignado dentro de la hospitalización un psicólogo que lo tienen que ver diariamente y si el caso conjuntamente hasta que el paciente sale de alta igual se sigue viendo en la consulta externa. Nosotros los psiquiatras las consultas nos salen bastante lejos, nosotros hacemos más que nada la parte farmacológica y la parte terapéutica el psicólogo va dando la cita de acuerdo a lo que el considere oportuno, pero más o menos estamos hablando al principio son cada semana, cada dos semanas; de ahí ya si cuando la cita le toque, cada mes, cada dos meses o tres meses, en la mayoría de los casos.

4. ¿Cuál es el proceso a seguir con un paciente psicótico que llega al área de emergencia?

Hay que valorarlo como esta si esta agresivo, si es psicótico propio de su cuadro de esquizofrenia anteriormente, o de repente hizo una insuficiencia ya sea renal, hepática, cardiológica, lo que sea. Si sabemos que solamente es psiquiátrico, en este momento si no está agresivo, normalmente lo evaluamos damos pase a piso y aquí empezamos el tratamiento farmacológico; si esta agresivo desde abajo ponemos una vía periférica que tenga medicamentos, puede ser un antipsicótico que

normalmente son los que más rápido producen sedación en el paciente, desde abajo viene dormido y acá arriba continuamos con el tratamiento.

5. ¿Se realiza un trabajo con la familia en los casos de pacientes psicóticos? y ¿ese trabajo está a cargo de psicología o psiquiatría?

Sí, siempre, de hecho con todos los pacientes. Nosotros tenemos lo que se llama un alojamiento conjunto que es el familiar del paciente con el paciente, sin importar el diagnóstico. Es una manera de hacer psicoeducación a los familiares. Normalmente aquí había la cultura de que el paciente psiquiátrico era aislado incluso de su familia, entonces en el momento que el paciente volvía a su casa los mismos familiares los mismos familiares no sabían cómo tratarlo o como reconocer si el paciente estaba en una recaída, si no estaba durmiendo o si le pasaba algo más. Al tener al familiar aquí alado el familiar aprende, entonces el tiempo de que el paciente recaee se alarga porque ya el mismo familiar nota ciertas conductas y preventivamente lo trae, se ajustan dosis y el paciente no se queda tanto tiempo con nosotros.

6. ¿Hay un número establecido de sesiones con los pacientes psicóticos? y ¿esto de qué depende?

Con el paciente psicótico mientras este hospitalizado es diariamente depende de la evolución del cuadro y del tipo de psicosis que tenga. Si es esquizofrenia paranoide por lo general son más abordables, más ordenados incluso en su propio delirio; el trabajo se lo hace diariamente y cuando sale de acuerdo a lo que sea el delirio que el paciente tiene en ese momento se lo trabaja cada semana o cada dos semanas. Si son pacientes con una esquizofrenia hebefrénica que son las más desordenadas, las que no se puede abordar, porque le preguntas ¿como esta? Y te responden que la refrigeradora no sé qué, nunca te da una respuesta conforme a lo que tú le preguntas. Cuando no se puede avanzar con las terapias, las terapias se las espacia, porque realmente no tienes con que trabajar. De los pacientes que hemos tenido cuando es una hebefrenia normalmente que es la peor de las esquizofrenias, el peor diagnóstico, cuando ya no hay una buena respuesta, sino que hay que dar el medicamento para que no haya agitación es muy poco el abordaje psicológico que se hace es más mantenimiento con fármacos.

7. ¿Qué tipos de terapias se realizan con pacientes psicóticos?

De acuerdo al paciente que sea y de acuerdo a la escuela psicológica que venga el psicólogo. La parte terapéutica la maneja psicología, no la manejamos los psiquiatras.

8. ¿En la intervención con pacientes psicóticos es posible dejar la medicación en algún momento?

Dependiendo lo que le está dando origen al cuadro psicótico. Si estamos hablando que es un bipolar que en esta parte hizo un cuadro maniaco con síntomas psicóticos o un cuadro depresivo con síntomas psicóticos; en el momento que ya los síntomas se van aclarando y el paciente se va estabilizando ya no necesita el antipsicótico. Si es un bipolar o un esquizofrénico obviamente se le da de mantenimiento porque hablando de neuroprotección es preferible que el paciente este tomando un fármaco que evite que la neurona llegue a sufrir por un evento agudo versus que se mantenga con su tratamiento crónico. Nosotros somos seguro social, tenemos mucho la política de que el paciente vaya a hacer una vida relativamente normal, es decir, nuestros pacientes trabajan. La gran mayoría de los pacientes esquizofrénicos trabajan, lo que no se veía en comparación con manicomio. En el manicomio lo

aíslan, lo recluyen; nosotros no. Obviamente son pacientes que por la discapacidad que pueden tener trabajan menos horas, o no se les da trabajos tan fuertes pero están incluidos en lo que es su contexto social. De esta forma no se sienten carga, ni la familia los ve como carga. El paciente evoluciona mucho mejor cuando esta insertado socialmente versus que los tengas en un cuarto encerrado todo el día.

9. ¿Qué intervención reciben los pacientes psiquiátricos que presentan síntomas negativos?

Lo mismo, con los negativos son más difíciles por ejemplo, las esquizofrenias simples. Donde no hay producción de alucinaciones o delirios si no es más la parte conductual, se lo trata de insertar en un medio social, se le trata de buscar algún tipo de afinidad. Esto sucede mucho en pacientes jóvenes, se les trata de buscar algo que alguna manera los motive o algún interés, mucho la parte técnica por ejemplo arreglar bicicletas, o computadores, les va muy bien. Socialmente hablando no vamos a pedir que esté insertado, porque no va a dar el paciente, pero si de repente en un trabajo donde no tenga mucho contacto con personas, donde el también sienta que lo que está haciendo es beneficioso, porque igual el paciente en algún momento se da cuenta que es carga, o en algún momento el familiar lo trata como carga y ahí es donde hay la mayor descompensación en los pacientes.

10. ¿Bajo qué condiciones se realiza el internamiento de un paciente psicótico? y ¿quién decide esto?

El médico tratante, cualquier médico tratante, somos cinco médicos tratantes. Lo evalúa y si considera que hay que hacer el ingreso lo ingresa. Ya sea desde la consulta externa o desde la emergencia.

11. ¿Quién puede dirigir el área de salud mental? y ¿en qué se basan para nombrar a un director del área de salud mental?

Normalmente, aquí lamentablemente se hace por dedo, no es que se sigue realmente en general, en todos los jefes de servicios no es que se concursa o algo así. En algún momento, cuando yo llegue acá a la jefatura, inicialmente se hizo por currículum. Entonces lo que hicieron en ese momento era ver los profesionales que tenían maestrías. En ese momento se escogió desde ahí, yo tengo actualmente dos maestrías, por eso en ese momento me escogieron a mí, pero podría ser que mañana me cambien, o sea es político. Realmente es muy político, o sea si yo no soy de alianza país viene alguien de alianza país lo más seguro es que ella está de jefe. No es por concurso, ni por méritos, ni nada, es por política.

Entrevistas realizadas en el Instituto de Neurociencias.

Entrevista a Psiquiatra Juan Varas

1. ¿La institución se maneja con algún manual, protocolo o normativa internacional y nacional para atender casos de salud mental?

Hay una serie de normas, de procedimientos, que están indexados y se aplican, son hechos ahí mismos, hechos por la gente del hospital y se ponen en práctica, los protocolos.

2. ¿Qué condiciones se toman en cuenta para que un paciente sea remitido al área de psiquiatría?

Al hospital psiquiátrico, básicamente lo que se está haciendo ahora, se están recibiendo pacientes con hoja de referencia de cualquier institución del sistema público de salud. Para que sea remitido tiene que tener un cuadro psiquiátrico con conductas o ideas que pueden poner en peligro la integridad física o vital del paciente o de terceras personas o de bienes inmuebles.

3. ¿Trabajan en conjunto el área de psicología y psiquiatría? y ¿cuál es el objeto de cada campo dentro de la intervención que se realiza cuando ocurre este trabajo interdisciplinario?

Claro, el trabajo interdisciplinario es con psiquiatría, psicología, trabajo social y medicina interna, este es el grupo multidisciplinario. El psiquiatra hace un diagnóstico y medica la enfermedad, el hospital por lo general no aplica psicoterapia, se habla con el paciente, se trata de realizar una conciencia de enfermedad. Partamos de que el Lorenzo Ponce lo que hay, hay varias áreas (perdón, Lorenzo Ponce es el nombre antiguo), lo que se ingresan son pacientes psicóticos y pacientes suicidas, hay otra área que es farmacodependiente pero eso es aparte. El médico trata a estos pacientes, los diagnostica, los medica, les hace un seguimiento. El psicólogo trata a estos pacientes tratando de elaborarles una conciencia de enfermedad, en el caso de que el paciente tenga una patología que pueda ser susceptible a psicoterapia lo aplica, sobre todo con los pacientes depresivos, pacientes suicidas; trabaja mucho con la familia del paciente, hace intervenciones familiares, intervenciones sistémicas, es lo principal del trabajo con el psicólogo sobre todo con pacientes psicóticos, no están en capacidad de recibir psicoterapia, porque están en una realidad alternativa. Lo que se trabaja con pacientes psicóticos son terapias grupales, el trabajo del psicólogo básicamente es que admita su enfermedad, es decir que tenga una conciencia de enfermedad y aprenda el manejo de la misma, un poco educación para la salud, que también hacen las enfermeras, en el hospital lo hacen los psicólogos. Los casos que admiten psicoterapia trabaja el psicólogo o psicóloga hacen su intervención con psicoterapia breve, no psicoanálisis pero si usan técnicas psicodinámicas, terapia cognitivo-conductual usan muchas terapias conductuales básicamente, hay un grupito que hace incluso terapia dialéctica-cognitiva, terapia conductual-dialéctica, eso en hospitalización. En consulta externa es otra situación, ahí llegan los pacientes y eso es una consulta como cualquiera, los psicólogos que hay ahí y las psicólogas hacen su trabajo, sus terapias de su línea que ellos hagan.

4. ¿Cuál es el proceso a seguir con un paciente psicótico que llega al área de emergencia?

Es educar a la familia básicamente, segundo detectar como ha alterado esta enfermedad de este paciente su funcionamiento familiar, que es la terapia sistémica propiamente dicha, entonces él se integra a la familia y se procura la reinserción del paciente en su núcleo familiar y en su núcleo laboral cuando se puede.

5. ¿Se realiza un trabajo con la familia en los casos de pacientes psicóticos? y ¿ese trabajo está a cargo de psicología o psiquiatría?

Lo primero que se hace es valorarlo, diagnosticarlo, si es necesario se lo inmoviliza si está muy agitado, muy agresivo y se lo medica. Los primeros días el paciente pasa prácticamente sedado, con neurobióticos muy potentes para calmarlo. Entonces el paciente no es muy abordable al dialogo las primeras 48 horas.

6. ¿Hay un número establecido de sesiones con los pacientes psicóticos? y ¿esto de qué depende?

Del área de la psiquiatría se pasa visita todos los días, depende de la evolución del paciente, cuando el paciente ya presenta una evolución favorable se le da el alta de los servicios de urgencias.

7. ¿Qué tipos de terapias se realizan con pacientes psicóticos?

Farmacoterapia desde el punto de vista psiquiátrico, farmacoterapia y terapia de electroshock.

8. ¿En la intervención con pacientes psicóticos es posible dejar la medicación en algún momento?

Claro, ya cuando el paciente ha superado el cuadro psicótico, pero depende también del cuadro psicótico. Si es una psicosis breve o sea lo que antes se llamaba psicosis breve reactiva el paciente puede dejarlo después de un tiempo, ahora se llama trastorno psicótico agudo. Cuando es un trastorno psicótico grave o una esquizofrenia no es recomendable que deje la medicina, un bipolar tampoco. Bipolar no va a presentar psicosis sino episódicamente pero el bipolar usa fármacos preventivos, los toma y es una persona totalmente normal.

9. ¿Qué intervención reciben los pacientes psiquiátricos que presentan síntomas negativos?

Por lo general reciben neurobióticos atípicos o electroshock. Es muy indicado para ese tipo de patología.

10. ¿Bajo qué condiciones se realiza el internamiento de un paciente psicótico? y ¿quién decide esto?

El paciente por lo general viene con una orden, una referencia de algún otro hospital o institución, a veces la familia los trae porque el paciente realmente está muy agitado, está muy delirante, entonces hay un médico de turno, siempre hay un médico en formación, un médico residente que es el que atiende y hay un médico psiquiatra supervisor, que está supervisando lo que hace el residente. Son estos dos médicos, completamente el médico psiquiatra supervisor, el que decide en últimos términos si el paciente ingresa o no ingresa.

11. ¿Quién puede dirigir el área de salud mental? y ¿en qué se basan para nombrar a un director del área de salud mental?

Del hospital psiquiátrico usualmente es un psiquiatra y realmente eso lo escoge el inspector del hospital que es un miembro de la Junta de Beneficencia, depende de

los criterios que él tenga, pues no sé qué es lo que le convenga, por ejemplo el inspector que tenemos ahora él es más empresario ha querido hacerse una empresa, entonces ha buscado más personas no tanto por su criterio técnico o científico, sino por su capacidad administrativa, capacidad gerencial, de auditoría, de números, o sea depende ya del dueño del hospital prácticamente. No hay un protocolo, no hay una tabla de méritos, nada de eso, todo depende del dueño y cuando es del gobierno, depende del director o jefe de salud o político que está de turno.

Entrevista a Psiquiatra Carlota Manrique

1. ¿La institución se maneja con algún manual, protocolo o normativa internacional y nacional para atender casos de salud mental?

Sí, nosotros nos manejamos en base a protocolos prácticamente y a guías de diagnóstico y tratamiento. Las guías diagnósticas son las CIE-10, la CIE-10 es la que nosotros manejamos acá generalmente y los protocolos de tratamiento como tal nosotros hemos realizado en un consenso nuestras guías pero también tenemos la GLADP, que es la guía latinoamericana de los trastornos mentales y obviamente pues son protocolos que se han venido reestructurando, se han venido adecuando de acuerdo a las necesidades de aquí de la institución.

2. ¿Qué condiciones se toman en cuenta para que un paciente sea remitido al área de psiquiatría?

Que presente síntomas que están incluidos en los criterios diagnósticos de los trastornos mentales. Si hay un paciente que no presenta ninguna sintomatología que este dentro de los criterios de diagnóstico no es motivo de atención si quiera, siempre hay que tener criterios diagnósticos. Ahora hay pacientes que no tienen sintomatología de criterios diagnóstico, un trastorno mental, simplemente vienen por un requisito de una valoración psiquiátrica porque necesitan para conseguir un trabajo, eso también se lo hace acá, no nosotros que somos hospital pero si en consulta externa, que eso es un requisito normal, o sea, cualquier ser humano sin un trastorno diagnóstico lo puede hacer, lo que son las valoraciones psiquiátricas.

3. ¿Trabajan en conjunto el área de psicología y psiquiatría? y ¿cuál es el objeto de cada campo dentro de la intervención que se realiza cuando ocurre este trabajo interdisciplinario?

Nosotros aquí en el área de hospitalización tenemos un trabajo interdisciplinario de psiquiatría, psicología, enfermería e inclusive trabajo social. El paciente psiquiátrico no es un paciente que se maneja solo al paciente, sino que trabaja también con la familia, en ello va la trabajadora social porque ve su entorno y es la que nos comunica en qué condiciones vive el paciente, o cuál es el entorno familiar que tiene el paciente. Cada una de las áreas tiene su propio campo de acción: lo que es en psiquiatría un manejo más farmacológico, propiamente dicho; lo que es psicología esta dado de acuerdo a las diferentes terapias, lo que es el psicodiagnóstico; y lo que es enfermería que es administración de medicamentos y cuidado directo del paciente.

4. ¿Cuál es el proceso a seguir con un paciente psicótico que llega al área de emergencia?

Primero que nada hay que establecer o determinar en qué condiciones llega el paciente psicótico, si es un paciente que solamente tiene los síntomas psicóticos o es un paciente que ya hay deterioro de su salud clínica o que ha tenido agresiones contra si o contra terceros, dependiendo de otras condiciones también. Un paciente psicótico puede ser solamente paciente psicótico pero que esta psicosis está interfiriendo en sus actividades personales o interpersonales, pero si el paciente psicótico ya viene en un estado de agresividad o de agitación ahí las medidas, son medidas de contención mecánica que se llama y las debidas medidas de contención farmacológica o química es decir la aplicación de medicamentos aparte de la contención mecánica que para eso ya hay instrucciones o mecanismos o medios

para hacerlo adecuadamente, el personal está capacitado para hacerlo adecuadamente.

5. ¿Se realiza un trabajo con la familia en los casos de pacientes psicóticos? y ¿ese trabajo está a cargo de psicología o psiquiatría?

A todos los pacientes se les hace trabajo con la familia porque nosotros necesitamos de poder entrevistar al familiar, poder conocer como es el entorno, como ha sido el desenvolvimiento de este paciente antes de venir al hospital y ver de acuerdo a esto un pronóstico de que es lo que esperamos del paciente o hasta donde nosotros podemos recuperar a ese paciente.

6. ¿Hay un número establecido de sesiones con los pacientes psicóticos? y ¿esto de qué depende?

No, cada paciente tiene sus propias dimensiones en la psicosis, o sea, en las psicosis puede ser simplemente algo que viva con el paciente y que no lo perturbe y que no haga daño, no haga interferencia; o puede ser algo sumamente perturbador que interfiera mucho en su vida, dependiendo de esos parámetros hay que ver cómo vamos nosotros haciendo las diferentes intervenciones, nosotros hacemos las intervención hasta cuando el paciente esté en condiciones ya de poder tener un buen desempeño con su entorno. **7. ¿Qué tipos de terapias se realizan con pacientes psicóticos?**

La terapia farmacológica, más que nada porque un paciente psicótico si no está abordable si está negativo, si está muy suspicaz, es preferible esperar hasta que esté en condiciones de poder colaborar.

8. ¿En la intervención con pacientes psicóticos es posible dejar la medicación en algún momento?

Por supuesto que sí, cuando hay remisión de los síntomas psicóticos y haya una estabilidad. Lo que pasa es que la psicosis es un campo tan amplio; puede ser una psicosis como tal como primera vez un trastorno psicótico breve que remite en cuestión de pocos días, por eso están las tablas diagnósticas que deberían ustedes conocer un poco la psicosis como tabla diagnóstica, los tiempos de presentación y los tiempos de remisión.

9. ¿Qué intervención reciben los pacientes psiquiátricos que presentan síntomas negativos?

La intervención es farmacológica, más que nada, porque el trabajo o la elaboración con estos tipos de pacientes son casi nula.

10. ¿Bajo qué condiciones se realiza el internamiento de un paciente psicótico? y ¿quién decide esto?

Bajo las condiciones en que se ve si es de riesgo vital para él y para terceros. Quien lo decide aquí es el médico residente, el médico de guardia, el médico que está entrenándose psiquiatra, es el que decide esto.

11. ¿Quién puede dirigir el área de salud mental? y ¿en qué se basan para nombrar a un director del área de salud mental?

Dirigir el área de salud mental, obviamente yo creo que en cualquier área siempre tiene que estar alguien que conozca de que es lo que se trata porque difícilmente se puede tomar decisiones cuando uno no conoce en que puesto está su dirección. Es decir que si yo soy chef porque me gusta cocinar, talvez yo no pudiera ocupar el

cargo de nutrición de un hospital geriátrico porque una cosa es que a mi guste cocinar y otra cosa es que yo sepa el balance de cuantos carbohidratos o proteínas necesita tal persona de acuerdo a su contextura. Para cada cargo yo pienso que debe ser alguien que sepa y conozca y por lo menos que haya desempeñado una trayectoria en los años de su vida con respecto al mismo tema. Yo puedo ser especialista en psiquiatría pero a lo mejor me dedique al cultivo de orquídeas entonces hay que tomar en cuenta eso, alguien que sea preparado en eso y que tenga trayectoria en el mismo campo que haya desempeñado, o sea que uno haya podido ver que en realidad ha demostrado destrezas y cambio o en las innovaciones o en cuidar un poco como que el área que está desempeñando el cargo de autoridad sea protegida.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Recalde Salame, Karla Doménica**, con C.C: # **0922411715** autor/a del trabajo de titulación: **La función del psicólogo clínico en la atención de pacientes psicóticos en las instituciones de salud de Guayaquil según las normativas nacionales e internacionales de salud** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de marzo de 2017**

f. _____

Nombre: **Recalde Salame, Karla Doménica**

C.C: **0922411715**



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Vizueta Ross, Ana Denisse** con C.C: # **0925160491** autor/a del trabajo de titulación: **La función del psicólogo clínico en la atención de pacientes psicóticos en las instituciones de salud de Guayaquil según las normativas nacionales e internacionales de salud** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de marzo de 2017**

f. _____

Nombre: **Vizueta Ross, Ana Denisse**

C.C: **0925160491**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	La función del psicólogo clínico en la atención de pacientes psicóticos en las instituciones de salud de Guayaquil según las normativas nacionales e internacionales de salud.		
AUTOR(ES)	Recalde Salame, Karla Doménica Vizueta Ross, Ana Denisse		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de marzo de 2017	No. DE PÁGINAS:	113
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología, psicoanálisis, psiquiatría.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Psicólogo clínico, psicoanálisis, psiquiatría, psicosis, singularidad, instituciones de salud, normativas.		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):

La psicosis ha sido un tema enigmático que ha tenido diferentes intervenciones históricamente. En un intento por darle un tratamiento a la psicosis, se han acogido teorías religiosas que postulaban esta estructura como locura. La psiquiatría en sus inicios ha conceptualizado a la psicosis como un padecimiento cuyo origen posiblemente se debe a una disfunción orgánica. Por su parte, el psicoanálisis propone la singularidad de manera imprescindible para la dirección de una cura. El psicoanálisis por su parte, propone una cura distinta a restablecer al sujeto a un estado de vida convencional; sino más bien un sujeto que pueda hacer con el malestar que le acontece a partir de una invención propia sobre aquello que lo angustia. Por otro lado, en las instituciones de salud de Guayaquil, prevalecen las intervenciones desde las ciencias médicas planteando un tratamiento farmacológico. De igual manera, las normativas internacionales y nacionales para la atención a pacientes psicóticos, proponen principalmente atención psiquiátrica, dejando de lado todo tratamiento por la palabra, o cualquier otro abordaje. Para finalizar, se avanza en el comentario de un dispositivo terapéutico con orientación psicoanalítica, como un tratamiento posible y diferente al abordaje farmacológico.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-992514442 +593-991547149 4-2133414 4-5044175		E-mail: karla_recalde@hotmail.com anavzross@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Gómez Aguayo, Rosa Irene			
	Teléfono: +593-4-2200511 (extensión 1419)			
	E-mail: rosa.gomez01@cu.ucsg.edu.ec			
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA				
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):				
Nº. DE CLASIFICACIÓN:				
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):				