

Fernandez Avila, Martina

**Reinternaciones de usuarios
en una Institución
Monovalente de Salud
Mental: factores de riesgo y
modalidades de
intervención terapéuticas
indicadas**

**Tesis para la obtención del título de
grado de Licenciada en Psicología**

Directora: Cardozo, Griselda

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Psicología

Trabajo Integrador Final
Contexto Clínico

“Reinternaciones de usuarios en una Institución Monovalente de Salud Mental:
Factores de riesgo y modalidades de intervención terapéuticas indicadas”

Alumna: Fernandez Avila, Martina.

Clave de alumna:1800514

Directora: Cardozo, Griselda

26 de julio 2024

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA.....	7
2.1 ABORDAJE HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	8
2.2 DEFINICIÓN Y ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.....	10
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	13
3.1 INSTITUCIÓN.....	14
3.2 CASA DE MEDIO CAMINO.....	16
3.3 HOSPITAL DE DÍA	16
3.4 GUARDIA.....	17
3.5 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL.....	18
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	19
5. OBJETIVOS.....	21
5.1 OBJETIVOS GENERALES.....	22
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
6. PERSPECTIVA TEÓRICA.....	23
6.1 HISTORIA Y LEGISLACIÓN EN SALUD MENTAL.....	24
6.2 INTERNACIÓN Y REINTERNACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL	28
6.3 MODELO TRANSACCIONAL: INTERACCIONES DINÁMICAS ENTRE INDIVIDUO Y ENTORNO.....	30
6.4 FUNDAMENTOS CONCEPTUALES RELACIONADOS A LOS FACTORES DE RIESGO.....	34
6.4.1 Factores de Riesgo Individuales.....	37
6.4.2 Circunstancias Familiares, Socio-Económicas, Educativas y Laborales.....	39
6.5 MODALIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICAS.....	47
6.6 MAPA CONCEPTUAL DE MARCO TEÓRICO.....	52
7. MODALIDAD DE TRABAJO.....	54
7.1 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS.....	55
7.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	56
7.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	57
7.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	57

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	59
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	60
<i>8.1.1 Período de Adaptación.....</i>	<i>60</i>
<i>8.1.2 Profundidad en el Campo Clínico.....</i>	<i>61</i>
8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA.....	65
<i>8.2.1 Análisis de la usuaria “N.C.”</i>	<i>67</i>
<i>8.2.2 Análisis de la usuaria “J.D.”</i>	<i>80</i>
<i>8.2.3 Análisis de la usuaria “C.L.”</i>	<i>96</i>
<i>8.2.4 Análisis de usuario “B.A.”</i>	<i>106</i>
<i>8.2.5 Análisis de la usuaria “C.S.”</i>	<i>118</i>
<i>8.2.6 Análisis de usuario “P.M.”</i>	<i>128</i>
<i>8.2.7 Cuadro de análisis.....,,,</i>	<i>139</i>
9. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	141
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	145

1. INTRODUCCIÓN

Este escrito se corresponde con la elaboración de la experiencia de la práctica profesional supervisada de la Licenciatura en Psicología. Dentro de la misma, para la culminación del programa académico de la Universidad Católica de Córdoba, se debe llevar a cabo el Trabajo Integrador Final. Esta tarea consiste en sistematizar una experiencia específica relacionada con la práctica profesional realizada en la Institución Privada Monovalente Saint Michel durante el período comprendido entre abril y noviembre del 2023.

El enfoque metodológico que guía este trabajo es la sistematización de experiencias, que posibilita la reconstrucción y ordenamiento de los datos obtenidos a lo largo de la práctica, para así lograr una interpretación crítica y conceptual, teniendo en cuenta que la misma se basa en la interpretación desde lo vivido, tomando los diversos factores que intervinieron, la relación entre sí, comprendiendo teóricamente con una perspectiva transformadora (Jara Holliday, 2011). A través de esta perspectiva, se busca analizar la vivencia, los procesos intervinientes, factores y relaciones presentes en la experiencia.

El proceso de sistematización implica la descripción de diferentes apartados. En primer lugar, se aborda el Contexto de Práctica, que incluye el contexto clínico con un enfoque histórico sobre el rol del psicólogo clínico a lo largo del tiempo, también se describe el contexto institucional, con detalles sobre los dispositivos presentes, su evolución histórica y su relación con la Ley Nacional de Salud Mental; se menciona el eje de sistematización con sus correspondientes objetivos desde una perspectiva teórica en conjunto con la modalidad de trabajo, el análisis de la experiencia y el cronograma de actividades.

2. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA

La sistematización de la experiencia práctica llevada a cabo en el contexto clínico exige una presentación clara y organizada. En este sentido, resulta imprescindible abordar el concepto y adquirir nociones previas sobre el mismo antes de adentrarnos en la temática. El enfoque se centrará en comprender y describir el papel que desempeña el psicólogo clínico en el ejercicio de su profesión, y además, mencionar algunos hitos relevantes del recorrido histórico del contexto clínico para una adecuada contextualización, identificando también algunos referentes destacados.

Es crucial destacar que la práctica clínica en el ámbito de la psicología desempeña un papel central en el abordaje y tratamiento de las problemáticas de salud mental. El rol del psicólogo clínico no se limita a la aplicación de conocimientos teóricos y técnicos; va más allá, implicando un compromiso profundo con el bienestar emocional de los pacientes y la promoción activa de su salud mental. Este compromiso refleja no solo la aplicación de habilidades técnicas, sino también una dedicación a la mejora continua y al apoyo integral de aquellos que buscan ayuda en el ámbito clínico.

2.1. ABORDAJE HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Siguiendo las nociones de Buendía (1999) resulta complejo realizar una caracterización única de la psicología clínica, ya que se utilizó a lo largo del tiempo en diversas y amplias metas. Dicha evolución surgió a partir de la Segunda Guerra Mundial, provocando una aceptación de manera desigual de sus funciones. Sin embargo, lo que logra caracterizar a la psicología clínica no es solo la implicancia de la evaluación individual, ni las formas de tratamiento, sino la combinación entre la investigación, la evaluación y la interacción para comprender desde la perspectiva psicológica la conducta humana con sus conflictos internos, de manera en la que se brinde apoyo al sujeto para atender sus necesidades.

Explorar la complejidad de la psicología clínica, según las perspectivas del autor, revela un tejido intrincado que ha evolucionado a lo largo del tiempo. La génesis de esta disciplina marcó el inicio de una travesía que no ha dejado de adaptarse y transformarse. La aceptación desigual de sus funciones después de la guerra destaca la naturaleza dinámica y en constante evolución de la psicología clínica.

No obstante, más allá de la evaluación individual y las modalidades de tratamiento, la verdadera esencia de la psicología clínica, según Buendía, se revela en la fusión armoniosa de

investigación, evaluación y la interacción humana. Este enfoque integral busca no solo comprender, sino también abordar la complejidad de la conducta humana, ahondando en los conflictos internos que subyacen. El propósito fundamental es proporcionar un apoyo significativo al individuo, atendiendo a sus necesidades.

Este marco conceptual, enraizado en las contribuciones de Buendía, abre la puerta a una comprensión más profunda de la psicología clínica como una disciplina dinámica y adaptativa. La combinación de elementos como la investigación y la interacción social subraya la relevancia en el abordaje de la salud mental. La psicología clínica, en su evolución post-Segunda Guerra Mundial, no solo ha asumido diversas formas, sino que ha adquirido la capacidad de responder a las cambiantes necesidades de la sociedad de manera integral.

En este sentido, el autor mencionado, con el fin de comprender el desarrollo conceptual de la psicología clínica, hace referencia a los hitos históricos y sociales que produjeron impacto en los inicios de esta profesión. Menciona la creación de la primera psicología clínica por Witmer en 1886, la contribución de procedimientos que sentaron las bases del diagnóstico, aportaciones de Galton, Cattell y Binet y por último la conferencia de Boulder en 1949, en donde se adoptaron las recomendaciones del informe Sajkow sobre la formación adecuada para los psicólogos clínicos.

Es relevante resaltar que estos acontecimientos históricos no surgieron de forma aislada, y para captar su verdadera importancia es preciso retroceder mucho más en el tiempo. En este contexto, podemos notar que, a lo largo de la historia, siempre ha habido una marcada inquietud por los desafíos y el bienestar de la humanidad.

Podríamos entender entonces, desde los aportes de Manrique (2011) a la psicología clínica como aquel enfoque que refiere a los estudios e intervenciones de aspectos individuales del sujeto, tomando su singularidad y a su vez su inserción en el contexto de grupo y comunidad. Abarcando el estudio del sujeto dentro de su máxima profundidad y permitiendo un amplio conocimiento.

Al abordar los estudios e intervenciones en la psicología clínica desde esta óptica integral, se logra una comprensión más completa y contextualizada del individuo, es decir, este enfoque considera que la identidad y el bienestar de una persona no solo se moldean a nivel individual, sino que están intrínsecamente vinculados a su interacción con el entorno social y contextual. De este modo, la psicología clínica se convierte en una herramienta valiosa para explorar la profundidad de la experiencia humana, capturando las complejidades de la vida no solo a nivel individual, sino también en el contexto de relaciones más amplias.

En síntesis, los aportes de Manrique resaltan la importancia de abordar la psicología clínica desde una perspectiva que trascienda lo individual, permitiendo un conocimiento más rico y una intervención más efectiva al considerar el entorno social y comunitario en el que el individuo está inmerso.

2.2. DEFINICIÓN Y ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Según la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (FEAP, 2003), la Psicología Clínica se centra en el estudio del comportamiento, con el objetivo de realizar un psicodiagnóstico que permita identificar los trastornos, analizar la condición psicopatológica para brindar una explicación y llevar a cabo un tratamiento con el fin de abordar y prevenir el problema que aqueja. Dentro de este ámbito, la Psicología Clínica cuenta con sus propios enfoques, métodos y procedimientos, entre los cuales destacan los métodos psicodiagnósticos, los modelos psicopatológicos y los procedimientos psicoterapéuticos.

Ampliando esta noción, según la legislación vigente en la provincia de Córdoba, de acuerdo con la Ley 7106 de Ejercicio Profesional de la Psicología en la Provincia de Córdoba Argentina, la Psicología Clínica abarca actividades realizadas en hospitales generales, psiquiátricos, neuropsiquiátricos, centros de salud mental, clínicas e instituciones privadas, así como en la práctica privada del profesional. Estas actividades incluyen la exploración de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio psicológico, investigación y diseño experimental, diagnóstico y tratamiento de conflictos y tensiones personales a través de la psicoterapia, así como otras prácticas que requieran el uso exclusivo de herramientas y técnicas psicológicas.

Esta perspectiva proporciona una visión integral de la Psicología Clínica, subrayando su enfoque en el estudio del comportamiento humano. Más allá de una mera observación superficial, la disciplina busca realizar un psicodiagnóstico exhaustivo que va más allá de la identificación de trastornos, abarcando una comprensión profunda de la condición psicopatológica. Este análisis no solo se centra en la superficie de los síntomas, sino que se adentra en las complejidades subyacentes, brindando una explicación completa de la problemática.

En su esfuerzo por abordar las complejidades de la condición humana, la Psicología Clínica despliega un amplio arsenal de enfoques, métodos y procedimientos. Entre estos, los

métodos psicodiagnósticos ocupan un lugar destacado, proporcionando herramientas especializadas para evaluar y entender la naturaleza de los trastornos. Los modelos psicopatológicos, por otro lado, ofrecen marcos teóricos que permiten organizar y conceptualizar los diversos aspectos de la psicopatología, proporcionando una base sólida para la comprensión y el tratamiento. Estos métodos terapéuticos no sólo se centran en aliviar los síntomas superficiales, sino que buscan abordar las raíces subyacentes de los problemas, fomentando así un cambio profundo y sostenible en el individuo.

De esta manera, el papel del psicólogo clínico ha experimentado una evolución dinámica debido a la diversidad de teorías y prácticas dentro de este campo. Esta diversidad exige una actualización continua por parte de los profesionales para mantenerse al día con los avances en el campo. La formación en psicología clínica implica obtener conocimientos sobre el funcionamiento psicológico, así como dominar los métodos para realizar evaluaciones, tratamientos e investigaciones (Buendía, 1999).

Para comprender el rol esencial del psicólogo clínico en el ámbito profesional, es crucial examinar las finalidades delineadas por el Código de Ética del Colegio de Psicólogos (2016). Este marco ético no solo proporciona principios generales que orientan la práctica, sino que también establece normas deontológicas que son imperativas para los profesionales del campo. Estos principios actúan como pilares éticos que enmarcan la actuación del psicólogo clínico, proporcionando un marco sólido que guía su conducta y decisiones en el complejo terreno de la psicología clínica.

Dentro de este contexto ético, se exploran las implicaciones y responsabilidades que definen el quehacer de la psicología clínica en la provincia de Córdoba. Estas responsabilidades no solo se limitan al bienestar de los pacientes, sino que también incluyen la protección de los profesionales de la psicología y garantiza un entorno de trabajo saludable y respetuoso.

Un aspecto fundamental es la aplicación práctica de estas normas éticas en situaciones reales, que se exploran mediante el análisis de casos prácticos. Este enfoque no solo enriquece el entendimiento teórico, sino que también fomenta la reflexión y el debate sobre la importancia de la ética en la práctica psicológica. Los casos prácticos sirven como ejemplos tangibles de cómo las normas éticas guían y moldean las decisiones y acciones del psicólogo clínico en escenarios del mundo real, destacando la relevancia y aplicabilidad directa de los principios éticos en la vida cotidiana del profesional.

Según estas menciones, el rol del psicólogo clínico, a partir del marco ético establecido, va más allá de la mera aplicación de técnicas terapéuticas; implica una responsabilidad ética y moral en la toma de decisiones y la interacción con los pacientes. La exploración y aplicación

constante de estos principios éticos no solo fortalece la integridad de la profesión, sino que también contribuye a la construcción de una sociedad donde la práctica psicológica se rige por estándares éticos elevados.

Por lo tanto, se enfoca en el campo de la salud, dedicándose principalmente al tratamiento de trastornos mentales. Sin embargo, también aborda situaciones en las que el bienestar y desarrollo de las personas se ven afectados por eventos cotidianos y previsibles. El objetivo es promover una adaptación conductual, emocional y satisfacción personal óptimas para cada individuo (Sánchez Escobedo, 2008, p. 4). En consecuencia, el psicólogo clínico puede ejercer su labor en diversas instituciones de salud, tanto públicas como privadas, incluyendo hospitales, clínicas y sanatorios, o bien puede optar por una práctica autónoma.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1 INSTITUCIÓN

Dentro del contexto clínico, como parte de los requisitos necesarios para completar la Licenciatura en Psicología en la Universidad Católica de Córdoba, se llevan a cabo las prácticas profesionales supervisadas (PPS). Estas prácticas se realizan en la clínica Saint Michel, una institución privada y especializada en salud mental, ubicada en la ciudad de Córdoba, cuya dirección está en Av. Sagrada Familia 551.

La clínica Saint Michel, fundada el 2 de mayo de 1983 por el Dr. Jorge Michref y su esposa Ismery Suarez, es un centro monovalente que se ha destacado por brindar una atención integral a los usuarios, teniendo en cuenta sus necesidades específicas mediante estudios clínicos, psiquiátricos y de laboratorio para un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo.

El equipo de profesionales de la clínica está compuesto por médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, nutricionistas, acompañantes terapéuticos, personal administrativo y de mantenimiento. Cada uno de estos dispositivos está diseñado para brindar atención en diferentes situaciones y necesidades.

A su vez, cuenta con consultorios externos ofrecen tratamientos individuales, de pareja y familiares a personas de todas las edades, proporcionando un enfoque terapéutico más específico y personalizado.

En la institución, se aplican medidas de seguridad para proteger la privacidad y la integridad de los usuarios. Los diferentes sectores están separados por puertas con cerraduras, y solo el personal autorizado puede acceder a cada área. Es un centro especializado en salud mental que busca brindar una atención integral y adecuada a cada uno, con un equipo de profesionales altamente capacitados y dispositivos especializados para atender diferentes necesidades y situaciones. Lo mencionado puede verse integrada a la Ley Nacional de Salud Mental que refiere:

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes (Ley Nacional de Salud Mental, 2010, N° 26.657, Art. 8)

El internado se divide en varios sectores, cada uno con características específicas.

Nos encontramos con el sector rojo, el cual aloja a los usuarios recién ingresados, y aquellos que no logran disminuir su sintomatología durante el primer periodo. No se distinguen por tipo de patología, este sector corresponde al sector edilicio más antiguo de la clínica. Está compuesto por un pasillo largo en donde se encuentran las habitaciones compartidas con baños internos, un sector de enfermería en la mitad de la sala, un sector con comedor en donde se encuentran máquinas para hacer ejercicio, mesa de juegos y un televisor. A su vez también está compuesto por una cocina y patio externo. Este sector cuenta con actividades de Acompañantes Terapéuticos por la tarde, gimnasio durante determinadas horas en el día y terapias grupales los lunes.

El sector verde, se considera el sector de internaciones de usuarios con cuadros crónicos y agudos, cuyo rango etario es mayor a los 25, en su mayoría hombres mayores. El sector cuenta con un sector de enfermería, habitaciones compartidas con baños internos, un patio externo y un comedor común, el cual se compone por sector de comida en conjunto con una tele. A su vez el sector incluye cocina interna. Se podría inferir, que es el sector con mayor cantidad de personas internados.

El sector amarillo, es el área de psicogeriatría, donde los internados requieren un tratamiento especializado en cuanto a la atención. El equipo de enfermeros se dedica a realizar tareas más activas, como el aseo, darles de comer a aquellos que necesitan ayuda y, si es posible, llevarlos al patio para que disfruten del aire libre. La mayoría de los usuarios internos en este sector están en un estado de deterioro cognitivo grave. En cuanto a la estructura del área, hay un amplio espacio común, una cocina grande, la enfermería y las habitaciones. Cada habitación cuenta con un baño, un armario y tres o más camas.

El sector azul, utilizado principalmente para dormir, presenta una estructura que incluye un pasillo largo con habitaciones a ambos lados, una sala de contención y un espacio común con mesas y sillas que rara vez se utiliza. Aquí trabajan dos equipos de enfermeros que se encargan exclusivamente de este sector, a diferencia de los otros enfermeros que rotan por todos los sectores.

El sector blanco, lugar que alberga principalmente a personas con diferentes patologías, con cuadros estables a partir de los 18 años. Es parte de la sección más reciente de la clínica y se caracteriza por su luminosidad y amplias ventanas que dan al patio por un lado y a un gran espacio común por el otro. Este espacio común está equipado con mesas, sillas, radio, televisor y mesas de ping pong. También hay acceso a la sala de recepción que se encuentra en la calle

Humberto Primo. Aquí se llevan a cabo terapias grupales, dirigidas por la psicóloga coordinadora, una vez por semana y las visitas de familiares los miércoles y viernes.

En este sector, encontramos una cocina espaciosa, una enfermería, tres consultorios destinados a los usuarios internos, además de una sala para los profesionales. Las habitaciones están ubicadas a lo largo de dos pasillos anchos, que forman un cuadrado enmarcando el patio, por lo que tienen ventanas que dan hacia el mismo. El equipo de enfermeros está siempre presente en este sector, con una actitud receptiva y empática. Este sector tiene una división, en donde se encuentra el sector Infanto-Juvenil, el mismo alberga exclusivamente mujeres adolescentes y en algunos casos mujeres adultas, desde los 12 años en adelante. La circulación está restringida, ya que cada sector está separado por puertas que permanecen cerradas con llave. Los internos no pueden pasar de un sector a otro, sólo los enfermeros, psicólogos, psiquiatras, practicantes, profesores y empleados de mantenimiento tienen acceso a estas llaves.

3.2 CASA DE MEDIO CAMINO

El dispositivo de Casa de Medio Camino funciona de manera abierta, las personas pueden salir acompañadas por un terapeuta para realizar actividades específicas y, a su vez, se ofrecen actividades dentro de la casa. También tienen salidas semanales con sus grupos familiares. Las actividades propuestas incluyen apoyo en la organización de la vida cotidiana, asistencia a hospitales de día, talleres u otras actividades fuera del dispositivo, entrevistas familiares y reuniones mensuales con familiares, entre otras. Todo esto se encuentra regido por un reglamento de convivencia que establece hábitos, horarios, actividades individuales y grupales, cuidado del mobiliario y bienes personales, entre otros aspectos. Este dispositivo lo que permite es fortalecer, restablecer o promover los lazos sociales y mantener conexiones con el entorno social y laboral del residente. Además, esta modalidad permite mantener la continuidad del tratamiento ambulatorio y está dirigida a pacientes con un estado mental compensado. La permanencia en este dispositivo es limitada y adaptada según las necesidades de cada residente.

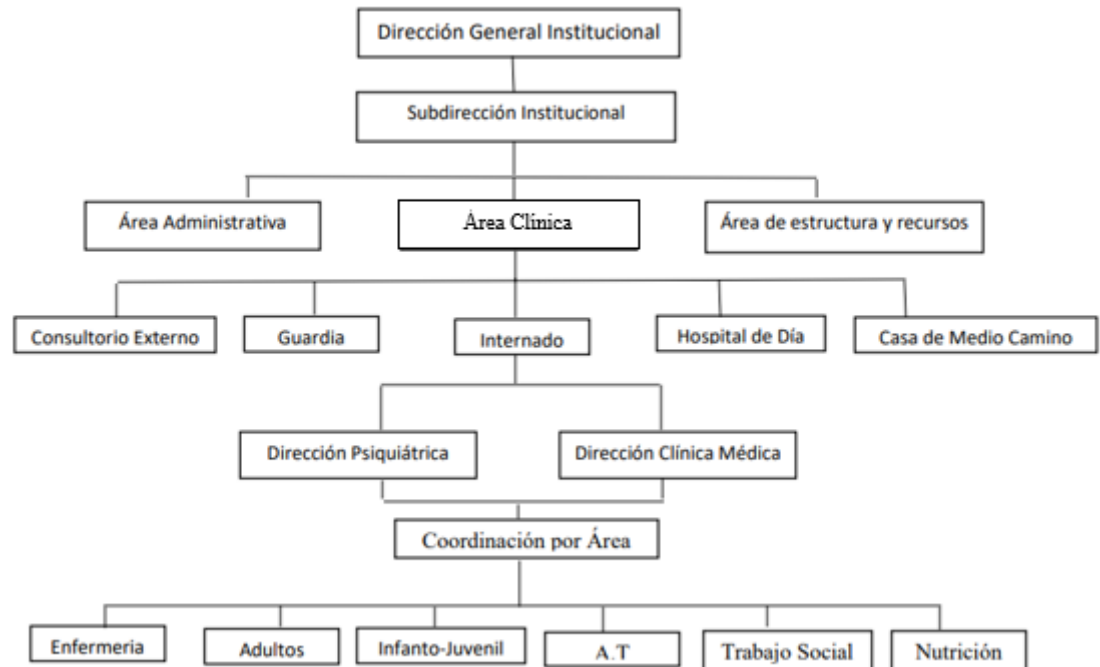
3.3 HOSPITAL DE DÍA

Otro de los dispositivos presentes en la institución, es el Hospital de Día, que se enfoca en brindar terapia a personas con patologías crónicas en un ambiente ambulatorio. Los talleres y actividades aquí están dirigidos a la rehabilitación y resocialización de estos, fortaleciendo sus capacidades y vínculos familiares para evitar recaídas y reinternaciones. Entre las actividades que se realizan podemos mencionar: El taller de laborterapia, gimnasia, taller de estimulación cognitiva, terapia grupal.

3.4 GUARDIA

La guardia es un espacio que se encuentra disponible las 24 horas para atender urgencias y proporcionar una atención inmediata a personas en crisis. Aquí, un equipo de profesionales, incluyendo médicos clínicos, psiquiatras y enfermeros, se encarga de evaluar y diagnosticar a los pacientes para determinar si es necesario un tratamiento ambulatorio o una internación, cuyo objetivo es la realización de un diagnóstico presuntivo, teniendo en cuenta que los psicólogos también pueden intervenir en situaciones de urgencia.

3.5 ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



Fuente: elaboración propia.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

Reinternaciones de usuarios en una Institución Monovalente de Salud Mental:
Factores de riesgo y modalidades de intervención terapéuticas indicadas.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVOS GENERALES

- Analizar los factores de riesgo que inciden en las reinternaciones de los usuarios y las modalidades de intervención terapéuticas indicadas en una Institución Monovalente de Salud Mental.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar los factores de riesgo individuales que inciden en las reinternaciones de los usuarios.

- Caracterizar las circunstancias familiares, educativas, laborales y socioeconómicas que inciden en las reinternaciones de los usuarios.

- Analizar las diferentes modalidades de intervención terapéuticas indicadas a los usuarios en su reinternación.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

El presente apartado teórico abordará la internación y reinternación en salud mental desde una perspectiva integral. Se analizarán los conceptos, sus características, criterios y marcos legales. Se estudiarán los diferentes factores que pueden aumentar la probabilidad de internación o reinternación, tanto a nivel individual como social. Finalmente, se describirán las distintas estrategias y abordajes terapéuticos disponibles para la atención.

Dentro del presente trabajo, se plantea una aproximación integral a la compleja problemática de la reinternación de usuarios en una Institución Monovalente de Salud Mental. Este enfoque se sustenta en tres objetivos esenciales que buscan proporcionar una visión comprensiva de los diversos factores que inciden en este fenómeno. Partiendo del eje propuesto, se pretende no solo explorar las definiciones de internación y reinternación, sino sumergirse, conforme a los preceptos de la Ley de Salud Mental, en sus fundamentos conceptuales, facilitando de esta manera la identificación de los motivos y razonamientos que fundamentan dichos ingresos.

Abordando esta temática, se plantea sobre los posibles factores individuales, familiares, educativos, laborales y socioeconómicos que contribuyen a las reinternaciones de los usuarios. Este apartado tiene como objetivo identificar elementos cruciales que permitan comprender la recurrencia de estos episodios y, por ende, considerar modalidades de intervención más efectivas.

Con la recurrencia de ingresos de usuarios, se observa la pertinencia de considerar las diversas modalidades terapéuticas de intervención indicadas por los profesionales de la salud. Este enfoque se erige como un componente esencial, permitiendo la identificación de posibles ajustes necesarios con el objetivo de optimizar la atención y reducir la probabilidad de futuras reinternaciones. En este sentido, se busca no solo evaluar la eficacia de las intervenciones, sino también discernir sobre la necesidad de adaptaciones para abordar de manera más eficiente las necesidades específicas de los usuarios en situación de reinternación.

6.1 HISTORIA Y LEGISLACIÓN EN SALUD MENTAL

En el contexto de este trabajo, es fundamental reconocer la importancia de la evolución de la legislación en materia de salud mental y su definición:

Se plantea la misma, según la Organización Mundial de la Salud (2022) como aquel estado de bienestar, correspondiente a que el individuo reaccione ante las necesidades del medio

ambiente o contexto, permitiendo una interacción de las capacidades del sujeto para atender a las situaciones estresantes normales en la cotidianidad. Logrando de esta manera, la productividad dentro de la sociedad. Por lo que salud no refiere únicamente al hecho de ausencia de enfermedad, sino por lo contrario una adecuación física, emocional y social en el que el sujeto toma parte de su accionar.

Dentro de esta, no solo se proporciona el marco legal necesario para la prestación de servicios altamente especializados, sino que también establece los fundamentos sobre los cuales se sustenta la descripción de este trabajo. Por lo tanto, resulta esencial profundizar en los orígenes de esta legislación, así como en las condiciones contextuales que han influido en su desarrollo. Además, es crucial analizar cómo este desarrollo normativo se traduce en el bienestar de los individuos, protegido por las disposiciones legales que regulan su correcto funcionamiento y aplicación.

Considerando lo anteriormente mencionado, la Ley de Salud Mental 26.657 ha representado un cambio significativo en la forma en que se aborda el bienestar mental en Argentina. La misma fue promulgada en el año 2010, la cual establece nuevos principios y derechos para las personas con trastornos mentales, promoviendo la atención comunitaria y garantizando el respeto de los derechos humanos de los usuarios.

Según lo presentado por Hermosilla y Cataldo (2012) en relación con los antecedentes y el contexto histórico, hace un tiempo considerable se tiene conocimiento sobre las personas con trastornos mentales en Argentina, las cuales fueron estigmatizadas y marginadas, relegadas a instituciones psiquiátricas en donde se enfrentaban a condiciones inhumanas y se les negaba su dignidad y derechos fundamentales. La necesidad de reformar el sistema de salud mental en el país se hizo evidente con el tiempo, y diversos actores sociales y profesionales de la salud abogaron por un cambio en la forma en que se trataba a las personas con este padecimiento.

A partir de esto se formulan los fundamentos de la Ley de Salud Mental, la cual se basa en una serie de principios fundamentales, como la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, la promoción de la atención comunitaria y el reconocimiento del derecho de los usuarios a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y su vida en la comunidad. Estos principios reflejan un cambio de paradigma en la forma en que se concibe y se aborda la salud mental.

Cabe destacar que de los aspectos más importantes planteados por los autores mencionados sobre la Ley de Salud Mental están centrados en las internaciones y la desinstitucionalización. Ante esto la ley establece que las internaciones deben ser lo más breves posible y que se deben evitar, promoviendo en su lugar la atención comunitaria y el apoyo

social. Además, la ley prohíbe las internaciones involuntarias excepto en casos de riesgo inminente para la persona afectada o para otros, y establece mecanismos de control judicial y revisión para garantizar su respeto a los derechos humanos.

En consonancia con las opiniones de los autores, a pesar de los avances que representa la Ley de Salud Mental, su implementación en Argentina ha enfrentado diversos desafíos. Estos incluyen la falta de recursos y servicios de salud mental en algunas regiones del país, la resistencia de algunos sectores de la sociedad a los cambios propuestos por la ley, y la necesidad de promover una cultura de respeto y aceptación hacia las personas con trastornos mentales.

Se podría decir entonces, que la Ley de Salud Mental 26.657 ha representado un cambio significativo en la forma en que se comprende y aborda. Esta ley logró establecer nuevos principios y derechos, promoviendo la atención comunitaria y garantizando el respeto de los usuarios. A pesar de los desafíos que enfrenta su implementación, ha marcado un hito importante en la lucha por la igualdad y la justicia.

Tomando en cuenta esto y siguiendo las ideas presentadas por Fenoglio (2014) el mayor avance de la Ley de Salud Mental radica en la protección de los derechos de las personas internadas por padecimiento mental. Sin embargo, una de las limitaciones más significativas se encuentra en la falta de disposiciones sanitarias que legislen en la perspectiva de la salud mental comunitaria. La ley se centra en regular las internaciones, desconociendo el problema fundamental de la medicalización en la atención de la salud mental.

Es importante reconocer que los problemas y prácticas terapéuticas en salud mental son mucho más amplios que las internaciones. Aunque estas son importantes y necesitan ser reguladas para proteger los derechos humanos, esta debe ir más allá de las internaciones y abordar eficazmente la práctica global del modelo médico hegemónico, que a menudo se sustenta en la medicalización.

En base a lo planteado, la presente ley opera principalmente a través de disposiciones jurídicas y no de disposiciones sanitarias, lo que limita su capacidad para abordar los problemas reales de salud mental en la sociedad. Si bien se establecen importantes disposiciones concretas para proteger los derechos de los usuarios, también contiene declaraciones abstractas que pueden generar confusión y no tienen un impacto real en la implementación de la salud mental comunitaria.

De esta manera, se ha logrado importantes avances concretos que tienen un efecto inmediato en la protección de los derechos fundamentales de las personas con padecimiento mental, en donde las internaciones involuntarias, deben ser consideradas como un recurso

terapéutico excepcional y solo pueden ser utilizadas en situaciones de riesgo cierto e inminente para la persona o terceros.

Otro avance significativo es la prohibición de los manicomios, lo que marca un hito histórico en la lucha por la desmanicomialización. Sin embargo, las dificultades surgen por la falta de creación de dispositivos alternativos comunitarios que permitan la sustitución definitiva. La ley promueve estos dispositivos, pero su implementación efectiva sigue siendo un desafío en muchas jurisdicciones.

El establecimiento del consentimiento informado para todas las intervenciones es otro avance crucial en el camino hacia una salud mental, ya que garantiza el respeto de los derechos humanos de los usuarios y establece un marco claro para el abordaje clínico en el tratamiento de los trastornos mentales.

Haciendo alusión al eje del trabajo y su relación con la Ley de Salud Mental, dentro de las contribuciones de Tisera (2013) se plantean las hospitalizaciones, concebidas como recursos terapéuticos que representan una opción que aporta beneficios significativos en comparación con otras formas de intervención. En este sentido, se aboga por una duración lo más breve posible, con el fin de favorecer la continuidad de los lazos sociales. A su vez, refiere a las hospitalizaciones involuntarias como aquellas reguladas por los artículos 16 y 26 de la ley, destinadas a menores de edad o personas declaradas incapaces, cuya capacidad de otorgar un consentimiento informado se ve comprometida debido a su estado de salud mental, por lo tanto, su aplicación involuntaria se aplica en casos donde la falta de lucidez y la percepción distorsionada de la realidad impiden la toma de decisiones autónomas.

En contraposición, los datos expuestos por este autor revelan que la mayoría de las admisiones hospitalarias se llevan a cabo de manera no voluntaria, esta discrepancia sugiere una posible necesidad de revisar y reevaluar los criterios de admisión y los procesos de toma de decisiones en cuanto a las hospitalizaciones involuntarias en el ámbito de la salud mental.

Continuando con el análisis de las hospitalizaciones y su relación con la atención primaria, es crucial reconocer que estos procesos no solo se centran en la estabilización clínica, sino que también buscan fortalecer los lazos sociales y promover la participación de los usuarios en su propio tratamiento. En este sentido, el consentimiento informado juega un papel fundamental al permitir que los individuos participen en las decisiones relacionadas con su atención y eventual reintegración en la comunidad.

A juicio de este autor, se comprende entonces, a la legislación como aquella que desempeña un papel crucial en abordar la problemática de la exclusión de las personas con trastornos mentales, cuestionando el paradigma del hospital psiquiátrico y promoviendo la

desinstitucionalización a través del cumplimiento de los derechos humanos en el contexto del sufrimiento mental.

En línea con estos principios, la promoción de la rehabilitación emerge como una estrategia fundamental para restablecer la plena ciudadanía de aquellos individuos que enfrentan desafíos de salud mental. Este enfoque se concentra en el desarrollo de habilidades sociales prácticas y capacidades sociales, con el objetivo de facilitar la reintegración de los individuos en la sociedad y reducir su dependencia de modelos institucionales que puedan perpetuar la cronicidad.

En vista de la definición de Salud Mental planteada, Marcelli (1996) abarca el concepto de salud como aquella persona capaz de presentar temores, sentimientos, conflictos, dudas y frustraciones siempre y cuando asuma responsabilidad ante sus actos, cuya experiencia es tomada en cuenta para determinar su condición, por lo tanto, los factores de riesgo individuales, las circunstancias familiares, socio-económicos, educativas y laborales, tendrían influencia dentro de este concepto, ya que las condiciones brindadas por el ambiente en el que se encuentra el sujeto y la interrelación de factores de riesgo, afecta en diferentes medidas al bienestar físico y psíquico.

Por consiguiente, la interacción entre estos factores y las condiciones del entorno del individuo puede afectar significativamente, lo que nos conduce a reflexionar y explorar más a fondo las definiciones e implicaciones de la internación y reinternación dentro del ámbito de la salud mental en un apartado posterior.

6.2 INTERNACIÓN Y REINTERNACIÓN EN EL CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL

En el marco de la ejecución del presente trabajo y retomando lo anteriormente mencionado, se toma en consideración la relevancia de las reinternaciones de usuarios dentro de una Institución Monovalente de Salud Mental, teniendo en cuenta que la misma se encarga de proveer servicios altamente especializados. En consecuencia, dentro de este contexto, es esencial ahondar sobre las nociones de internación y reinternación de los usuarios que requieren atención dentro del entorno clínico.

Por lo tanto, se define la internación desde lo propuesto por la Ley Nacional de Salud Mental como:

Un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente. (Ley Nacional de Salud Mental, N°26.657, 2010. Art. 14)

Siguiendo las nociones del capítulo VII de la ley mencionada anteriormente (Art.18), las internaciones pueden darse de dos tipos:

- Internaciones voluntarias: Es aquella persona internada bajo su consentimiento, por lo que podrá decidir en cualquier momento por sí misma sobre el abandono de la internación.
- Internaciones involuntarias: Debe considerarse como recurso terapéutico excepcional, en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios.

Dicha internación debe ser evaluada por un medio especializado en Salud Mental, para identificar los criterios de internación de este, tomando en cuenta que el sujeto comparte situación de riesgo inminente para consigo y terceros. Dicha situación debe ser notificada ante el juez competente y al órgano de revisión dentro de un plazo de horas determinadas.

Por lo que, partiendo del concepto de internación, se abarca las situaciones de reinternaciones en aquellos pacientes que tuvieron uno o más ingresos en instituciones de salud mental.

Se entiende como reinternación/reingreso al proceso por el cual el sujeto se ve en condiciones de internarse nuevamente dentro de una institución en salud mental ante condiciones adversas. Dicho concepto acumula una serie de factores que podrían incidir ante la situación planteada. Es un empeoramiento que experimenta una persona con una enfermedad de la cual estaba presentando una evolución favorable.

Vázquez (2020) nos permite pensar la reinternación como aquella que abarca múltiples factores, tomando dicha situación como un evento disruptivo tanto para la persona que lo padece como para sus allegados. Plantea que en ocasiones la reinternación es una situación inevitable, teniendo en cuenta la evolución de la enfermedad, la condición crónica del paciente, o el desenlace del proceso terapéutico del mismo.

A su vez, es importante destacar, que ante la situación de reinternación, el usuario adquiere un significado diferente de su estadía, es decir, un nuevo ingreso que no implica necesariamente un retraso en su evolución, sino todo lo contrario, la oportunidad de retomar el proceso terapéutico, elaborar cuestiones invisibilizadas anteriormente o aquellas nuevas significancias trabajadas.

Acorde con la noción de internación y reinternación, retomando los aportes del autor, dentro de una institución de Salud Mental, la característica de la población a la que hacemos mención cumple con ciertas particularidades que comparten entre sí, una de ellas es la presencia del riesgo inminente para sí mismo y para terceros, causando autolesiones o daños, permitiendo un mayor grado de seguridad al encontrarse en constante cuidado dentro de una internación. También puede manifestarse la incapacidad para el autocuidado, no pudiendo satisfacer las necesidades básicas por sí mismo, generando dependencia, tomando a la internación como necesaria o en conjunto, también puede presentarse una descompensación grave debido a determinada patología, en donde la persona experimenta desestabilización y necesita internación inmediata.

Es importante señalar que el criterio de las personas internadas puede variar dependiendo la naturaleza del caso. Ante esto, el proceso de internación está compuesto por la revisión y supervisión de casos continuos para garantizar una mirada integral y lo más efectiva posible.

6.3 MODELO TRANSACCIONAL: INTERACCIONES DINÁMICAS ENTRE INDIVIDUO Y ENTORNO

Para contextualizar el enfoque que guía el presente trabajo como base fundamental para su elaboración, nos adentramos en el modelo transaccional planteado en el estudio de Martínez y García (2011), el cual sigue los aportes de Sameroff (1975) donde plantea que este modelo propuesto, es una de las conceptualizaciones más influyentes sobre las relaciones recíprocas entre lo heredado o biológico y lo adquirido, es decir, entre la naturaleza y el ambiente. Este modelo se centra en cómo las personas y sus entornos interactúan continuamente, partiendo de la premisa de que los sujetos son influenciados por su entorno y, a su vez, modifican ese entorno en un proceso recíproco. Este proceso incorpora influencias bidireccionales, en línea con los principios contemporáneos de la teoría de sistemas. Originalmente, el modelo transaccional se

formuló para destacar la interacción dinámica entre el niño o niña y su contexto a lo largo del tiempo, con un enfoque particular en el desarrollo de aquellos que enfrentaban complicaciones perinatales.

Este modelo permite reflexionar sobre la influencia mutua entre el entorno y el contexto ambiental, sugiriendo que los sujetos no están predeterminados de manera fatalista por sus características ni están protegidos o influenciados únicamente por las características de sus cuidadores en la infancia. Las interacciones también dependen de cómo las madres y los padres perciben a sus hijos, y viceversa.

En el presente estudio se menciona a Sameroff y Chandler (1975), los cuales desarrollaron su modelo transaccional a partir de la investigación sobre temperamento, en esta investigación, se propuso por primera vez una vía evolutiva transaccional para los sujetos desde la infancia con temperamentos difíciles, que fomentaban estilos de crianza menos adaptativos, lo que a su vez provocaba problemas de conducta en el futuro. El análisis mostró que cuando los padres y madres no reaccionaban negativamente al temperamento de sus hijos, no se desarrollaban problemas de conducta posteriores.

Por lo tanto, el modelo transaccional resalta cómo los sujetos influyen en su propio desarrollo mediante la interacción con su entorno.

El enfoque transaccional describe el desarrollo como un proceso dinámico en el que tanto el sujeto como su entorno interactúan de manera continua y progresiva. Este entorno se percibe como maleable y adaptable, mientras que los sujetos desde su infancia son vistos como agentes activos en su propio crecimiento. Además, se reconoce que el impacto del entorno varía de una persona a otra, ya que este se ajusta a las necesidades individuales de cada uno. Por lo tanto, este sujeto juega un papel fundamental en determinar las experiencias y oportunidades que moldean su desarrollo a lo largo del tiempo.

La perspectiva transaccional emerge como el eje central en los nuevos abordajes de la regulación y la autorregulación en el ámbito de la investigación evolutiva. En la actualidad, se reconoce el papel crucial del individuo en la configuración de su entorno social, ya sea a través de la generación de respuestas o la selección de estímulos. Asimismo, se comprende que el individuo influye significativamente en su experiencia biológica, ya sea mediante sus reacciones ante el estrés o mediante intervenciones farmacológicas. Desde esta perspectiva, la regulación se plantea como un concepto fundamental en la teoría contemporánea del desarrollo, evidenciando la interconexión entre aspectos biológicos, psicológicos y sociales del funcionamiento humano:

1. En primer lugar, se refiere al desarrollo como algo que no se limita únicamente a los cambios biológicos, sino que también el mismo implica interacciones en contextos sociales cada vez más complejos. De esta manera, se abandona el enfoque reduccionista de la biología para proporcionar una perspectiva de complejidad, donde los procesos y las diferencias individuales son resultado de sistemas que interactúan dinámicamente.
2. En segundo lugar, el desarrollo individual surge de la conjunción entre las capacidades autorregulatorias y las regulaciones sociales del entorno, las cuales se expresa que pueden facilitar o dificultar el proceso.
3. Y por último en tercer lugar, en algunos casos, las capacidades autorregulatorias pueden estar comprometidas a tal punto que la regulación social sea ineficaz y que los entornos puedan ser tan caóticos o adversos donde no se pueda obtener resultados positivos. Ante estas circunstancias, las transacciones pueden no ocurrir debido a la incapacidad del sujeto para experimentar diferentes situaciones o porque el entorno no se adapta adecuadamente a sus necesidades.

La complejidad concomitante al sistema transaccional abre un amplio abanico de posibilidades para intervenir y promover el desarrollo saludable de los sujetos y sus familias. Cabe destacar que se puede reconocer que el desarrollo se ve influenciado por múltiples factores más allá de la relación filial, se abre espacio para diversas formas de intervención. Al considerar estas interrelaciones, se emplea el análisis transaccional para identificar condiciones que podrían llevar a cambios positivos, donde la modificación en uno de los miembros de la relación podría influir en el comportamiento del otro, o donde cambios en el entorno podrían afectar a ambos. Estos análisis no solo revelan oportunidades de intervención, sino que también delimitan los alcances de estas en el fomento del éxito en el desarrollo.

De esta manera, el modelo presentado por Sameroff y Chandler (1975) tomados por los autores mencionados, nos permite posicionarnos en un modelo que abarca la posibilidad de mejorar la calidad de la experiencia a través de las interacciones, apoyar la adopción de una conducta interactiva y comunicativa, ofreciendo una interpretación de su comportamiento, de esta manera se genera una transferencia recíproca de las formas de comportamiento a través de la imitación. Teniendo en cuenta esto, se podría inferir que la falta de interacción disminuye la capacidad de adquirir conocimientos por medio de actividades.

En su investigación, García Sánchez (2001) retoma las ideas de Sameroff y Chandler (1975), quienes sintetizaron una serie de hallazgos que demuestran que las desviaciones en el comportamiento no están estrictamente vinculadas de manera lineal con los riesgos

reproductivos. En cambio, los efectos de las complicaciones en el nacimiento sobre el desarrollo subsecuente están influenciados por las actitudes de los cuidadores. A partir de estas observaciones, se va planteando el modelo transaccional del desarrollo. De manera que este enfoque sostiene que los logros evolutivos no dependen únicamente del individuo ni de su interacción con el entorno, sino de la interrelación entre ambos.

Siguiendo con el estudio, abarca los aportes de Sameroff y Fiese (1997), que ampliaron este concepto, indicando que, sin el modelo transaccional, el desarrollo infantil del sujeto implicado sería percibido como el resultado de las continuas y dinámicas interacciones entre este y las experiencias brindadas por su familia y entorno social. Por lo tanto, el modelo transaccional refiere a la importancia de equilibrar tanto en el sujeto como en el ambiente, reconociendo que las experiencias proporcionadas por el contexto no son independientes.

Los autores expresan que el ambiente no influye de manera uniforme; más bien, se ajusta a cada persona de manera específica, dando como resultado al propio sujeto convertido en un determinante significativo de las experiencias y oportunidades disponibles a lo largo de su desarrollo.

Continuando con su descripción, el modelo transaccional también ofrece una base conceptual para entender la conducta de los padres como en parte provocada o influenciada por el comportamiento del sujeto durante su infancia. Esto implica que la interacción bidireccional entre padres e hijos es fundamental para el desarrollo.

Ante lo mencionado, se plantea que la exploración del modelo psicopatológico transaccional emerge como un fundamento en la comprensión de los factores que influyen en las reinternaciones de usuarios en el ámbito de la salud mental. Este enfoque, que reconoce la interacción dinámica entre el sujeto y su entorno, proporciona un marco conceptual para abordar la complejidad de los determinantes de la salud mental y los patrones de reinternación en servicios de salud mental.

Al adoptar el modelo transaccional en el presente trabajo, se posiciona en la perspectiva de que los logros evolutivos y los desafíos en la salud mental no son el resultado exclusivo de factores individuales o ambientales, sino de la interacción continua y recíproca entre ambos. Esta comprensión nos lleva a considerar no sólo las características intrínsecas del sujeto, sino también las influencias del entorno familiar, social y cultural en el proceso de recuperación y reinternación a los servicios de salud mental.

Al reconocer la importancia de este marco teórico, se busca explorar en profundidad los factores de riesgo específicos que contribuyen a las reinternaciones de usuarios en el contexto

de la salud mental. De este modo, el modelo proporciona una base que permite guiarnos hacia un enfoque completo y centrado en el usuario a analizar.

6.4 FUNDAMENTOS CONCEPTUALES RELACIONADOS A LOS FACTORES DE RIESGO

A continuación, desde esta perspectiva y tomando el modelo transaccional anteriormente descrito, el cual nos provee de una comprensión integrativa y dinámica de la psicopatología, se procede a una detallada conceptualización de los factores desencadenantes de reinternaciones en usuarios, explorando sus contenidos e influencias de manera amplia y profunda, permitiendo desde este enfoque una mayor comprensión de la interacción entre los factores de riesgo y la expresión de síntomas en el contexto abordado.

Desde los aportes de Lemos (1996) se mencionan los factores de riesgo como aquella exposición a circunstancias que aumenten la exhibición de algún comportamiento desviado. Reformulando sus contribuciones, es posible conceptualizar los factores de riesgo como la implicación en situaciones que agraven las conductas desviadas, reconociendo elementos ambientales o personales que potencien dicha expresión, que se encuentra apartada de las normas establecidas. Además, identifica que los factores de riesgo pueden influir en el desarrollo de una psicopatología, señalando la relevancia de abordar la complejidad de interacciones.

El autor postula que los factores encuentran su naturaleza en diferentes variables:

- Por un lado, se encuentran las variables ambientales próximas; caracterizada por actuar directamente en la persona, parte de la comprensión de factores como el entorno inmediato, las interacciones interpersonales y las condiciones cotidianas que pueden desempeñar un papel que determine la exposición a factores de riesgo para la formación o el mantenimiento de la psicopatología. Esta variable permite una intervención orientada a condiciones inmediatas que potencien los riesgos asociados.
- Las variables ambientales intermedias; donde predominan las creencias y los valores en el entorno de la persona, su impacto es significativo al contribuir en la formación de su perspectiva e ideología, lo cual conforma la interpretación del individuo sobre el mundo. Esta variable actúa como percepción, moldeando

la manera en que la persona entiende y responde, cuya función es la internalización de normas sociales y la formación de su identidad. Su discrepancia entonces podría afectar y generar implicaciones en el desarrollo psicopatológico de la persona.

- Por último, las variables ambientales distales, que parten de la educación familiar, ocupación y características del vecindario. Proporciona un marco contextual más amplio que enriquece la comprensión de aspectos ligados a la familia, su ocupación y el entorno residencial que pueden ejercer influencia en la salud mental.

Estas variables mencionadas se caracterizan entre sí por el grado en que actúan con la persona, generando distintas afecciones y en casos graves, exacerban el cuadro patológico, se podría hablar entonces, de correlaciones ante la presencia de determinadas variables y la probabilidad de que repercutan a lo largo de su vida.

El autor menciona algunos factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología:

Circunstancias familiares: - Clase social baja. - Conflictividad familiar. - Enfermedad mental familiar. - Tamaño familiar grande. - Pobres lazos con los padres. - Desorganización familiar. - Desviación de la comunicación. Dificultades emocionales: - Abuso infantil. - Apatía o aplanamiento afectivo. - Inmadurez emocional. - Acontecimientos vitales. - Baja autoestima. - Descontrol emocional. Problemas escolares: - Fracaso en los estudios. - Desmoralización de estudios.	Contexto ecológico: - Desorganización en el vecindario. - Injusticia racial. - Desempleo. - Pobreza extrema. Minusvalías constitucionales: - Complicaciones perinatales. - Discapacidades sensoriales. - Minusvalías orgánicas. - Desequilibrio neuroquímico. Problemas interpersonales: - Rechazo de los compañeros. - Alienación y aislamiento. Retraso en el desarrollo de habilidades: - Inteligencia por debajo de lo normal. - Incompetencia social. - Déficits atencionales. - Discapacidades para la lectura.
--	---

	- Pobres habilidades y hábitos laborales.
--	---

Fuente: Coie et al; 1993 en Lemos (1996).

Por otro lado, en Almonte (2012) se plantea que las diversas expresiones psicopatológicas surgen de la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y socioculturales, que pueden manifestarse como:

- Predisponentes (vulnerabilidad biológica)
- Precipitantes (experiencias de vida)
- Mantenedoras y agravantes (representados principalmente por las respuesta familiares, escolares o sociales a las manifestaciones clínicas del sujeto)
- Determinantes (referidas al protagonismo del sujeto de no asumir o no adaptarse a las situaciones perturbadoras)

A su vez, menciona que los factores biológicos pueden incluir anomalías genéticas o combinaciones específicas de genes, mientras que los factores psicológicos pueden estar relacionados con experiencias vitales normales con potencial psicopatogénico, como el proceso escolar, el nacimiento o eventos perturbadores. También, los factores socioculturales, como la pobreza, el bajo nivel socioeconómico o la marginalidad, también pueden desempeñar un papel psicopatogénico significativo.

Es importante destacar que la interacción entre estos factores puede variar en intensidad, duración y respuesta, y también puede cambiar a lo largo del desarrollo y en diferentes etapas evolutivas. Además, esta interacción puede estar influenciada por la presencia de factores protectores, que pueden modular los efectos negativos de los factores de riesgo en el individuo.

En consonancia con las premisas de los autores mencionados, para desarrollar el concepto de factores de riesgo, es fundamental dar cuenta que, ante su exposición, no solo se adquiere un impacto individual, sino que adopta un carácter acumulativo, con la presencia simultánea de elementos generando efectos aditivos y exacerbando la vulnerabilidad del individuo a lo largo de su desarrollo. Resulta pertinente la mención de que estos factores guardan relación intrínseca con los trastornos clínicos, lo cual subraya la importancia de comprender la interacción de los elementos puestos en juego y su influencia en la salud mental de la persona. Por lo tanto, la conexión entre los factores de riesgo, los diferentes tipos de variables y las condiciones clínicas, destacan la necesidad de abordar la psicopatología desde

una perspectiva integral que considere la complejidad de estos y su relación con las reinternaciones de usuarios dentro de una Institución Monovalente de Salud Mental.

6.4.1 Factores de Riesgo Individuales

A continuación, se toma en cuenta los factores de riesgo individuales caracterizados por Lemos (1996) mencionado anteriormente, seleccionando aquellos con mayor relevancia dentro de las prácticas realizadas:

- **El factor de riesgo individual refiere a las dificultades emocionales:**

Para una comprensión de la implicancia de las dificultades emocionales como factor de riesgo en la salud mental de la persona, los autores Hervás y Jódar (2008) plantean la presencia de un estudio sistemático sobre déficits en la regulación emocional, estudiando diversos trastornos psicológicos como el abuso de alcohol, el trastorno depresivo, el trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada, obteniendo la relación más predominante con el trastorno límite de la personalidad, en donde pareciera estar asociado el déficit de la regulación emocional a las conductas autolesivas.

En el ámbito de esta complejidad, nos enfrentamos a desafíos como el abuso infantil, la apatía o el aplanamiento afectivo, la inmadurez emocional, eventos vitales estresantes, una autoestima reducida y la falta de control emocional.

Los autores argumentan que, a partir de diversas investigaciones, la regulación emocional se ve contemplada dentro del punto de vista clínico, tomando en cuenta la sintomatología depresiva, ansiosa o autolesiva de los sujetos estudiados.

A su vez, Thompson (1994) señala que los seres humanos desarrollamos la capacidad de procesar estímulos internos y externos, lo cual nos permite monitorear, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para alcanzar nuestras metas. Sin embargo, las dificultades emocionales pueden surgir cuando este proceso se ve interrumpido o alterado, dificultando la regulación emocional y el logro de nuestros objetivos.

Rodríguez (2009) ofrece una definición esclarecedora de las emociones como "reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc." (p. 86). Esta distinción entre emociones positivas y negativas, que son universales en los

individuos, se refleja en la obra. Dentro de las emociones negativas, identifica el miedo-ansiedad, ira, tristeza-depresión y asco como generadoras de experiencias afectivas desagradables, cuya respuesta se manifiesta en activación fisiológica. Rodríguez también señala que, en su cronicidad, estas emociones pueden transformarse en psicopatológicas, alterando la frecuencia e intensidad según el contexto, lo que se relaciona con trastornos de ansiedad y afectivos según el DSM-IV y CIE-10.

Además, se destaca que las emociones fundamentales son expresiones personales de comportamiento, cada una asociada con patrones únicos de activación física, experiencias cognitivas y subjetivas, así como bases neuroanatómicas particulares.

El autor resalta el papel crucial de las emociones en la comunicación social, donde facilitan la interacción entre sujetos, influyen en el comportamiento de otros, expresan estados afectivos y promueven conductas beneficiosas para la comunidad.

El estudio resumido examina el impacto de emociones negativas clásicas, como tristeza, miedo, ira y asco, en el proceso de salud y enfermedad. Estas emociones se relacionan con enfermedades mentales y físicas, influenciando su inicio, desarrollo y persistencia. Se proponen dos explicaciones principales: cómo las emociones negativas afectan la conducta y cómo la activación psicofisiológica incide en los sistemas orgánicos, como el inmunológico. Se subraya la relación entre emociones negativas y trastornos mentales y físicos, reconociendo su alta comorbilidad con trastornos ansiosos y depresivos, así como con la ira y el asco patológico, a menudo como resultado del sufrimiento asociado.

Ampliando el concepto de dificultades emocionales, según Lizeretti y Rodríguez (2011), la inteligencia emocional (IE) se define como un conjunto jerárquico de habilidades cognitivo-emocionales destinadas a la identificación, asimilación, comprensión y gestión de la información emocional. Aunque comparte algunas similitudes con la inteligencia general, la IE se distingue al enfocarse en el procesamiento cognitivo de la información afectiva, mientras que la inteligencia general se relaciona con el razonamiento en diversas áreas, como verbal, espacial o numérica.

Los autores parten de la noción de que la depresión se relaciona positivamente con la atención y negativamente con la claridad y la reparación emocional. Por lo tanto, las personas con depresión grave suelen mostrar menos habilidades emocionales que aquellas con depresión leve.

Dentro de sus investigaciones, estos autores refieren a la investigación sobre ajuste psicológico, que muestra que la inteligencia emocional está vinculada con factores de vulnerabilidad para los trastornos psicopatológicos, como el estrés. Se ha demostrado que la

inteligencia emocional es un buen predictor de síntomas depresivos, especialmente en la regulación emocional, que es el componente más relevante para la salud mental en general. Además, estudios relacionan esta con los síntomas de ansiedad, donde un exceso de atención emocional y déficits en claridad y reparación pueden predecir la presencia de estos síntomas.

Concluyendo en que, un exceso de atención a las emociones puede estar asociado con síntomas de ansiedad y estrés, mientras que la inteligencia emocional puede ser un factor protector contra el consumo de drogas, al permitir a las personas percibir, comprender y regular sus estados emocionales de manera más efectiva.

Otro de los aportes relevantes a mencionar dentro de la psicología de las emociones, parten del autor Cano Vindel (2010), el cual comenta que se consideran reacciones de ansiedad como patológicas cuando son excesivamente intensas y que generan un alto malestar psicológico, son demasiado frecuentes o no son apropiadas para la situación. Estas reacciones intensas suelen ser precursoras de diversos trastornos mentales o físicos, bien definidos en las clasificaciones médicas. Entre los trastornos mentales asociados se encuentran los de ansiedad, como las crisis de ansiedad, los ataques de pánico, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo.

De esta manera, si los trastornos de ansiedad no se tratan adecuadamente, pueden desencadenar trastornos afectivos, como la depresión. Además, la ansiedad está relacionada con otros problemas mentales, como los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos de la alimentación y los trastornos del sueño.

La experiencia de estos trastornos suele generar aún más malestar psicológico y ansiedad, especialmente cuando falta información sobre ellos y no se encuentra una solución. Este aumento de la ansiedad puede agravar el trastorno existente y, en algunos casos, provocar el desarrollo de nuevos trastornos (comorbilidad).

6.4.2 *Circunstancias Familiares, Socio-Económicas, Educativas y Laborales*

Tomando en cuenta que la persona no es un individuo aislado dentro de las circunstancias mencionadas, nos encontramos con aquellas que pueden influir en su padecimiento y posterior reinternación:

- **Circunstancias del ámbito familiar**

Se identifica a través de la clase social baja, la conflictividad familiar, la enfermedad mental familiar, el tamaño familiar grande, los pobres lazos con los padres, la desorganización familiar y la desviación de la comunicación como vulnerantes de la salud mental en las personas.

Teniendo en cuenta que la familia es el principal agente de socialización como grupo primario y que a su vez constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a lo largo de toda su vida, es apropiado nombrar a la familia dentro de las circunstancias que inciden en la formación, mantención y exacerbación del malestar de la persona.

En la obra de Eguiluz (2003), se aborda el concepto de la familia como un sistema dinámico y autorregulado, donde su composición genera una red de interacciones que establecen normas y estructuras. Estas reglas se ajustan y mantienen a lo largo del tiempo, brindando estabilidad a las relaciones internas y proporcionando un sentido de pertenencia y seguridad a cada miembro.

Dado que la familia es un sistema en constante evolución, los cambios en su estructura pueden generar tensiones al pasar de una etapa a otra. Estos ajustes son necesarios para adaptarse a nuevas condiciones internas y externas y preservar su cohesión. De lo contrario, los factores desestabilizadores podrían afectar el bienestar de los sujetos, dando lugar a conductas problemáticas dentro del grupo.

Es importante entender que la familia interactúa con otros sistemas, como la escuela de los hijos o el entorno laboral de los padres, lo que implica la influencia mutua de normas, valores y creencias. Esta interacción conlleva cambios en la dinámica familiar y en las relaciones interpersonales.

La familia se define como un sistema dentro de un contexto más amplio. La comprensión de las relaciones interpersonales y las normas que rigen la vida familiar es crucial para intervenir de manera efectiva en situaciones de crisis. Los límites familiares, que delinean las fronteras de comunicación y apoyo entre los individuos o subsistemas, desempeñan un papel fundamental en esta dinámica.

Siguiendo esta perspectiva, la familia permite abordar los problemas interpersonales de manera integral y comprender su realidad como una red interconectada. El entorno familiar moldea nuestras percepciones sobre nosotros mismos, los demás y el mundo en general, influyendo en nuestras relaciones y en nuestra visión del entorno. Separarse emocionalmente de la familia de origen resulta ser un proceso complejo y prolongado, dado que las experiencias y enseñanzas adquiridas en este contexto nos acompañan a lo largo de la vida.

Según lo mencionado por Vera y Giler (2021) la familia cumple con cuatro tareas fundamentales. La primera es asegurar la satisfacción de las necesidades biológicas de los miembros que la componen, la segunda es crear condiciones adecuadas para alcanzar la maduración de sus capacidades de acuerdo con cada momento de su crecimiento, la tercera es proporcionar la gratificación afectiva y emocional a sus integrantes y la cuarta y última es la transmisión de valores para el comportamiento y adecuación. Los autores plantean, que al evidenciar desequilibrios en la dinámica familiar y no cumplir con las cuatro tareas principales, se proporciona un lugar de violencia como principal mecanismo de resolución de conflictos, formando un ciclo creciente de manifestaciones negativas en la conducta, por lo tanto, la calidad de las relaciones familiares tiende a regular el desarrollo del grupo familiar.

Por otro lado, según los aportes de Aguilar (2012), asegura que las variables dentro del contexto familiar influyen a los patrones de comportamientos adquiridos en la adultez, ya que se definen en la interacción de factores biopsicosociales, en donde la familia representa un contexto de influencia incuestionable. Se abre la posibilidad entonces, de cuestionar las variables familiares como posibles factores de riesgo.

Ampliando esta perspectiva, la interacción entre los factores psicosociales dentro del ámbito familiar configura un terreno crucial para el moldeamiento de las conductas propias de la persona, siendo un modelo complejo de factores contribuyendo al desarrollo de la personalidad y su posterior comportamiento en la adultez. Según Aguilar, la familia es presentada como un contexto de influencia incuestionable, compuesta por dinámicas, que ante su evaluación enriquece la comprensión sobre la salud mental manifestado en la sintomatología individual y grupal de los miembros que conforman el sistema.

Desde este concepto, Minuchin (1974) menciona a la familia como un sistema que opera a través de pautas transaccionales, donde los miembros construyen una estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento, brindando un sentimiento de identidad. Teniendo en cuenta esta definición, el autor menciona diferentes tipos de límites, que dentro del presente trabajo podrían verse influidos a las manifestaciones de una circunstancia familiar conflictiva.

Plantea, por un lado, el límite claro, como aquel incremento consecuente de comunicación entre sus miembros; no se encuentra limitado a la cantidad de comunicación entre los miembros, sino que abarcan la totalidad de las interacciones y relaciones dentro del sistema, delimitando las fronteras que definen los roles y las responsabilidades de cada miembro. Este tipo de límites implica la posibilidad de un flujo de comunicación estableciendo fronteras saludables y flexibles, dando la capacidad de ajustar límites en respuesta a cambios en las circunstancias ante la dinámica familiar.

Posteriormente, plantea el límite difuso, como aquel que carece de recursos necesarios para adaptarse ante diversas circunstancias, en donde los miembros se ven perjudicados, ya que los sentidos se encuentran de manera aglutinada con marcado abandono de autonomía, afectado la conducta de uno de los miembros al resto, ya que la falta de límites claros puede generar conflictos entre miembros. Esto refleja la falta de flexibilidad y adaptación en las interacciones familiares, siendo las fronteras poco claras y definidas confundiendo roles y responsabilidades.

En último lugar, plantea el límite rígido, considerado como un extremo de límites en su funcionamiento, son miembros desligados en forma autónoma, carecen de sentimiento de pertenencia y ayuda ante la necesidad. Está caracterizado por una desconexión pronunciada entre los miembros, cuya ausencia de apoyo mutuo y falta de colaboración en momentos de necesidad se ve exacerbada.

Basándonos en estos conceptos, es posible vislumbrar las dinámicas familiares inherentes a los sistemas, las cuales pueden ser determinantes en la funcionalidad o disfuncionalidad de su núcleo, y, por ende, potencialmente vinculadas a las fuentes primarias de malestar.

En este sentido, retomando al autor Lemos (1996) es importante tener en cuenta que dentro de la estructura familiar, la exposición a ambientes de riesgo como la separación o el divorcio, el fallecimiento de uno de los familiares, la psicopatología de los miembros, negligencia en el cuidado, presencias de patologías o el estilo de crianza cuya disponibilidad tiene insuficiencia para satisfacer las necesidades afectivas, adquieren en general una influencia negativa, manifestándose en trastornos externalizados o interiorizados en los sujetos que lo padecen.

Estas circunstancias podrían generar efectos negativos en la adaptación de la persona, cuyas manifestaciones son a través de trastornos en la conducta, agresividad, cuadros de ansiedad, depresión, dando lugar a conductas hostiles, mayores niveles de estrés y desarrollo, mantenimiento o exacerbación de cuadros patológicos.

● **Circunstancias en el ámbito socioeconómico**

Teniendo en cuenta las reflexiones de la autora Diez (2021) en su estudio realizado, se podría deducir que la desigualdad socioeconómica y educativa características de Latinoamérica se encuentran relacionadas a los factores de riesgo significativas que influyen en diversos aspectos de la vida de la población, ya que estaría primado por la desigualdad de oportunidades, de manera que, teniendo presente las disparidades en la distribución de recursos y

oportunidades, nos encontramos con un acceso desigual a la educación, empleo y servicios de salud determinantes para el bienestar y limitando posibilidades de progreso.

Según el análisis de Knapp y Wong (2020), la interconexión entre la economía y la salud mental revela una trama compleja de relaciones. En sus aportes, este menciona a la economía como aquella que se encuentra encargada de la producción, distribución y consumo de bienes y servicios y que a su vez se entrelaza con la salud mental dentro de influencias mutuas.

Nos refiere, a que, por un lado, se está reconociendo cada vez más el fuerte impacto económico de los trastornos mentales, estos trastornos pueden acarrear una disminución en la productividad y un incremento en los recursos necesarios para su tratamiento, lo cual impacta tanto a nivel personal como económico a lo largo de la vida de los individuos, dejando huella en sus familias y comunidades.

Por consiguiente, la situación económica precaria se vincula estrechamente con una mayor propensión a padecer enfermedades mentales. Esta conexión puede atribuirse a una exposición ampliada a factores de riesgo, como la exclusión social, así como a un acceso restringido a factores protectores, como la educación. Además, puede surgir una compleja descendente, donde la pobreza, los costos de tratamiento y las dificultades laborales se retroalimentan.

Los diversos impactos de los trastornos mentales plantean numerosos desafíos, desde la necesidad de coordinación entre diferentes especialidades médicas hasta la importancia de implementar políticas y programas de tratamiento que consideren las necesidades individuales de manera adecuada.

Basándonos en el análisis realizado por Bones Rocha (2010), se evidencia que las personas con condiciones socioeconómicas desfavorables muestran una mayor incidencia de problemas de salud mental. Además, se observa que los hombres que residen en áreas rurales tienden a presentar una menor prevalencia de estos problemas. Asimismo, aquellos individuos con un menor respaldo social son los que muestran una mayor predisposición a enfrentar desafíos en su salud mental.

Dentro de las variables más significativas relacionadas con los problemas de salud mental se encuentra la presencia de enfermedades crónicas. De igual manera, se ha corroborado lo expuesto en investigaciones previas, donde se establece que, a mayor cantidad de trastornos, mayor es la probabilidad de enfrentar problemas de salud mental. También se ha identificado que la limitación o la grave limitación en la realización de actividades diarias debido a problemas de salud está asociada con la aparición de estos problemas.

Los hallazgos de este estudio refieren a la importancia de las distintas oportunidades y recursos como determinantes del desarrollo de problemas de salud mental. En este contexto, se destaca la mayor prevalencia de estos problemas entre las mujeres, especialmente entre aquellas que se encuentran en una situación socioeconómica desfavorable.

- **Circunstancias en el ámbito educativo**

En consecuencia, a lo anteriormente mencionado, la autora Diez (2021) menciona como factor de riesgo la manifestación del fracaso en los estudios y desmoralización de los estudios como características que influyen de manera negativa en la persona, influyendo en la formación de su psicopatología.

Se podría inferir, que múltiples factores contribuyen al abandono, fracaso o desmoralización del estudio, muchos de estos podrían estar vinculados al tipo de patología presente, afectando su capacidad para funcionar académicamente, la baja autoestima podría contribuir al abandono escolar, las problemáticas sociales y relacionales, como el bullying, aislamiento social o un entorno hostil, la falta de recursos y apoyo familiar puede ser un desafío adicional dentro del ámbito educativo, con la imposibilidad de abordar las demandas académicas.

Dentro de esta circunstancia, Heras y Polaino-Lorente (1990) relacionan el fracaso escolar al sentimiento intenso de frustración, pudiendo ocasionar sensación de culpa, repercutiendo en la autoestima, inseguridad, fracaso, desesperanza, inhibición social, entre otras. Menciona el fracaso escolar como desencadenante de trastornos psicopatológicos, preferentemente a la depresión y conducta suicida. Refiere que:

En estos casos, el trastorno psicopatológico se establece antes que el fracaso escolar, siendo éste última consecuencia de las alteraciones, especialmente de las de estirpe cognitiva, que forman parte del síndrome psicopatológico. La depresión es la entidad clínica que con más frecuencia precede al fracaso académico y al suicidio. (Heras y Polaino-Lorente, 1990, p. 231)

El estudio de Estévez (2005) se centra en una muestra de adolescentes, lo que nos permite adentrarnos en el ámbito educativo y examinar diferentes variables que podrían influir en el bienestar psicológico de las personas. Entre estos factores se destacan el bajo nivel de autoestima, las dificultades de integración social y las experiencias de victimización entre pares.

En esta investigación, se analiza el impacto de la comunicación familiar y el entorno escolar en relación con la salud mental y el malestar psicológico de los mismos. El objetivo principal es comprender cómo estos aspectos influyen en el bienestar psicológico y en la aparición de problemas psicológicos.

Se observa una estrecha relación entre el entorno familiar, que desempeña un papel fundamental en la formación del individuo, y la identificación de factores que pueden afectar su estado psicológico. Entre estos factores se incluyen el bajo rendimiento académico, las expectativas negativas sobre el éxito académico y los conflictos interpersonales con los compañeros, como la victimización o el aislamiento social. Los sujetos expuestos a estos factores tienen más probabilidades de experimentar síntomas depresivos y estrés psicológico.

Los resultados obtenidos resaltan la importancia del contexto familiar y escolar, así como la influencia indirecta de las relaciones familiares en conjunto con las dificultades educativas como facilitadores de las afecciones de los sujetos. Se sugiere que los problemas de comunicación en el ámbito familiar pueden derivar en dificultades de adaptación en el entorno escolar, lo que a su vez repercute negativamente en la salud mental.

● **Circunstancias en el ámbito laboral**

Martínez (2019) menciona dentro de su trabajo de revisión bibliográfica la gran conflictiva psicológica y la consiguiente inadaptación del hombre hacia el trabajo como generadoras de desequilibrios emocionales y malestares psíquicos y físicos de los trabajadores en caso de estrés agudo.

Refiere a efectos negativos producidos por el estrés laboral como:

Preocupación excesiva, incapacidad para tomar decisiones, sensación de falta de control, dificultad para concentrarse, bloqueos mentales, mal humor, hipersensibilidad a las críticas, mayor riesgo de sufrir accidentes laborales, (...) El mantenimiento de estos efectos puede provocar el desarrollo de trastornos psicológicos asociados al estrés, entre los que destacan: trastornos del sueño, ansiedad, síndrome de fatiga crónica, fobias, adicción a drogas y alcohol, depresión y otros trastornos afectivos, alteración de las conductas de alimentación, trastornos de la personalidad. (Martínez, 2019, p.13)

Podríamos inferir entonces, que es crucial reconocer la conexión entre el estrés laboral y la salud mental, ya que la sintomatología referida afecta de manera interpersonal a la persona, tanto dentro del sistema familiar como del social.

Según Castañeda (2017), al hablar del entorno laboral, se aborda la noción de equilibrio entre la seguridad organizacional y el bienestar del empleado, reconociendo su mutua interdependencia. Así, un entorno laboral saludable y seguro propicia la salud mental, la estabilidad laboral y, en consecuencia, asegura tanto la productividad como la calidad de vida de los trabajadores.

En este contexto, se define el bienestar como un concepto vinculado con la calidad de vida en el trabajo, con el propósito de promover el desarrollo humano integral en la empresa. Este enfoque surge ante la creciente preocupación por la falta de satisfacción laboral y la percepción de que el trabajo no es gratificante (Castañeda, 2017)

Esto conlleva a reflexionar sobre la inestabilidad laboral, la presión excesiva y el clima laboral como factores determinantes que pueden afectar el bienestar del individuo.

Otro aspecto relevante es el estrés laboral, el cual surge como consecuencia de los desafíos inherentes al trabajo y las tensiones del entorno. Este estrés puede desencadenar accidentes, disminuir la adherencia al trabajo y contribuir al desarrollo de enfermedades psicosomáticas, afectando no solo al individuo, sino también a la organización en su conjunto.

Desde este punto, podríamos hablar de los problemas interpersonales como otro desencadenante para tener en cuenta a la hora de hablar de salud mental. Este se encuentra compuesto por posible alienación y aislamiento vinculados al ámbito social al que asiste la persona, estos pueden tener un impacto significativo en la salud mental. Ante la falta de apoyo social se pueden generar sentimientos de soledad, ansiedad y depresión, esto a su vez impacta en la autoestima, ya que influye en la percepción que tenemos de nosotros mismos.

En el trabajo de Campos (2023), se plantea que durante el periodo de la adolescencia y el paso a la adultez se produce en consonancia con una transición crucial para la formación de la identidad y nuevos roles sociales, por lo tanto, los lazos establecidos juegan un papel determinante en la formación de la psicopatología, en donde los patrones de consumo y dinámicas interpersonales disfuncionales van a ser concebidas como un factor de riesgo significativo. Dentro del mismo se abordaron aspectos relacionados al apego, psicopatología, dependencia emocional y el consumo de alcohol.

Entendiendo esto, las circunstancias mencionadas resultan esenciales para comprender la complejidad de la Salud Mental de una persona, por lo que, abordar los factores de riesgo

nos lleva a identificar aquellas circunstancias mencionadas como posibles incidencias ante reinternaciones dentro de una institución de Salud Mental.

6.5 MODALIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICAS

En el contexto del tratamiento de usuarios que experimentan internaciones en una institución de Salud Mental, se llevan a cabo diversas modalidades de intervención con el propósito de facilitar una transición efectiva hacia la externación, para ello se toma en cuenta la gravedad del caso y su situación particular. De este modo es importante precisar la relación que existe entre las modalidades de intervención terapéuticas indicadas y los pacientes con reinternaciones, ya que ante su anterior externación la continuidad con el tratamiento ambulatorio no resultó de gran eficacia, interviniendo de este modo con una o varias modalidades terapéuticas que permitan una mejor resolución y mantenimiento de su bienestar.

Desde los aportes de Tobón (2005) se plantea un servicio de atención y rehabilitación integral dentro de los sujetos con alteraciones mentales, cuyas variables relacionales influyen en su salud mental, por lo tanto, se da lugar la búsqueda de otras alternativas apropiadas que permitan un mejor bienestar según la situación clínica del usuario.

Este enfoque integral busca garantizar no solo la estabilidad inmediata del individuo durante su estancia en la institución, sino también establecer bases sólidas para su bienestar continuo fuera de un entorno hospitalario. Se implementan estrategias personalizadas que abordan las necesidades específicas de cada usuario, asegurando así una atención continua y adaptada a su evolución clínica y emocional. Por lo tanto, este proceso de intervención no solo se centra en la resolución inmediata de las crisis, sino que también busca promover la autonomía y el fortalecimiento progresivo del individuo en su camino hacia la recuperación mental (Tobón, 2005).

Citando a la autora, resulta relevante para este apartado referirnos a:

La vida, la salud, el bienestar y el desarrollo humano integral, sostenible y diverso funcionan y evolucionan bien armoniosamente si se cultivan las dimensiones de las relaciones sociales, culturales, espirituales, intelectuales,

económicas, familiares y políticas, por una salud mental y física del individuo como sujeto. (Tobón, 2005, p. 11)

Desde esta perspectiva, las modalidades que se detallan a continuación buscan abordar al usuario centrándose en su problemática central. Esto posibilita una visión integral y variada dentro de su internación, con el objetivo de diversificar las intervenciones para que sean mejor recibidas tanto por la persona afectada como por sus allegados.

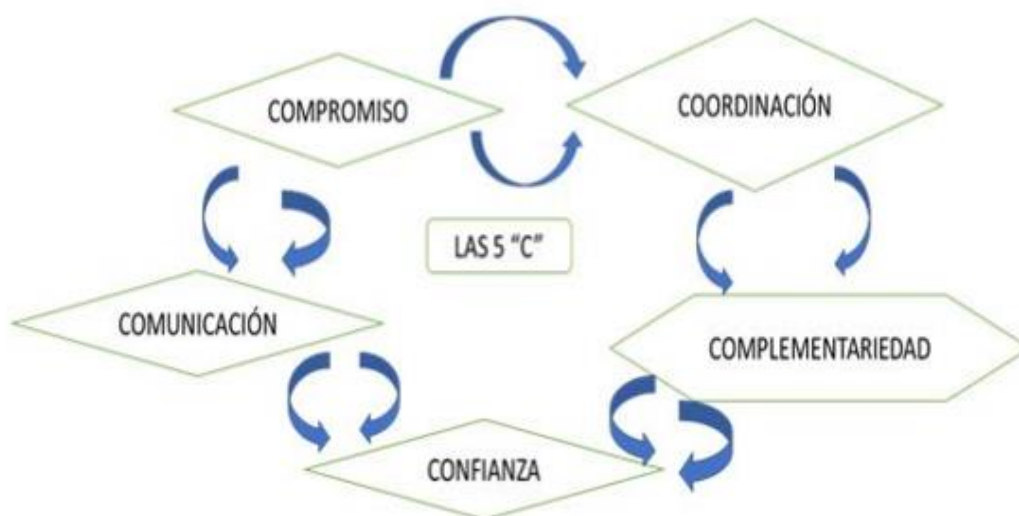
Dentro de estas modalidades nos encontramos con:

- **La incorporación de Acompañantes Terapéuticos**

En el presente trabajo de Russi (2023), se plantea el surgimiento de los acompañantes terapéuticos como respuesta a una necesidad clínica, apareciendo como un nuevo protagonista en el ámbito de la salud mental frente a las diversas demandas y problemáticas sociales que enfrenta la sociedad contemporánea. Los enfoques terapéuticos tradicionales resultan a menudo insuficientes o carecen de continuidad, lo que resalta la importancia del acompañamiento como modalidad asistencial. Esta modalidad se caracteriza por una presencia saludable y calificada, y está integrada en una estrategia terapéutica de intervención específica.

La autora plantea que: “Las prácticas y los abordajes interdisciplinarios se sustentan desde las responsabilidades compartidas, en cooperación, complementariedad, coordinación, comunicación fluida, confianza y compromiso” (Russi, 2023, p 11).

Las cinco “C” de las bases del trabajo en equipo.



Fuente: Russi (2023) ilustración de las cinco “C” de las bases del trabajo en equipo dentro del rol de acompañante terapéutico.

Esta autora menciona que la perspectiva interdisciplinaria por la que se sustenta el rol del acompañante terapéutico se enfoca en las relaciones entre todos los actores involucrados para abordar situaciones clínicas complejas y explorar nuevos escenarios a través de la responsabilidad compartida. Este enfoque busca generar algo nuevo al poner en diálogo diversos discursos que inicialmente funcionan de manera separada y tienen dificultades para comprenderse entre sí. La interdisciplina permite establecer nuevas condiciones, estrategias de abordaje y prácticas profesionales a partir de una red heterogénea, incluyendo todo el paradigma en el que se interviene.

De manera que dentro de este rol se involucran áreas como psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas relevantes. El trabajo interdisciplinario necesita de una comunicación continua y, a menudo, de intervenciones de especialistas de distintos campos, no siempre relacionados directamente con la salud mental. Además, este enfoque incorpora sectores que consideran otros aspectos de la persona, como factores sociosanitarios, socioeconómicos, culturales, judiciales y otros determinantes que pueden influir en la problemática, promoviendo así la intersectorialidad e interculturalidad.

Por lo tanto, refiere que los acompañantes terapéuticos “(...) aportan el dinamismo al equipo de profesionales, ya que es la nueva figura que despierta y hace repensar esta ambigüedad, porque desde su posicionamiento y labor está inscripto, nace y se gesta en el seno de un equipo interdisciplinario” (Russi, 2023, p 4).

Otros autores que refieren al tema son Kuras de Mauer y Resnizky (2020) quienes plantean su función como proveniente del encuentro con un otro, donde se dispone a escuchar ante la desolación y a su vez indagar sobre lo que este necesita para que, eventualmente se implemente un abordaje que le resulte terapéutico a la persona acompañada, de este modo, la noción nos indica un problema en plural, ya que son múltiples las aplicaciones utilizadas y las acepciones del cuidado son disímiles.

Siguiendo a los autores, la inserción del acompañante terapéutico ha tenido sus orígenes con mayor difusión dentro de Argentina en el ámbito de la práctica clínica privada, encargados de la tarea por la carencia personal suficiente y por la falta de entrenamiento adecuado en el trabajo de equipo.

El rol del acompañante terapéutico dentro de una institución de Salud Mental se encuentra capacitado para brindar apoyo y asistencia a pacientes, cuya principal función es

promover la estabilidad emocional y el bienestar de los pacientes, ayudando en el proceso de recuperación, en donde las actividades realizadas van a depender del usuario o grupo asignado.

La implementación de acompañante terapéutico por fuera de la internación asignado a usuarios complementa el abordaje interdisciplinario del equipo tratante, ya que permite un ordenamiento del sujeto ante la externación, acompaña ante la falta de autonomía y comparte con la persona situaciones de crisis, monitoreo del comportamiento registrando el estado emocional, promueve la adherencia terapéutica, facilita la comunicación con sus pares y comparte información educativa sobre la Salud Mental.

- **Terapia familiar**

Resulta pertinente mencionar la terapia familiar como otra modalidad terapéutica observada, ya que presente a su indicación muchos de los factores de riesgo asociados a su sintomatología se encuentran vinculados a estresores familiares.

Partiendo de la noción de familia desde Espina y Pumar (1996), como formadora de miembros cuyos mensajes verbales y analógicos se reciben y se envían, se intenta comprender la incorporación de límites, reglas, dinámicas y formas de comunicación que se ponen en juego dentro de cada sistema familiar. Entendiendo que cada persona porta una situación diferente por circunstancias externas o internas, que podría repercutir de manera positiva o negativa a los demás miembros. De esta manera cada familia se encuentra dentro de un circuito relacional, donde los factores de riesgo entran y ponen en juego las dinámicas presentes alterando el orden primario.

Los autores refieren a las terapias familiares como parte de las estrategias terapéuticas utilizadas para la mantención/estabilización del paciente, puede ser indicada ante diferentes problemáticas, como por ejemplo dentro de los trastornos de la conducta alimenticia, abuso sexual y maltrato infantil intrafamiliar, conflictos filiales y en diferentes manifestaciones sintomatológicas de padecimientos mentales.

Este tipo de intervención permite mejorar las relaciones y la dinámica dentro de la familia presente, ayuda a establecer una mayor comunicación, comprensión, apoyo entre miembros, habilitando la palabra para abordar una amplia variedad de desafíos familiares acompañados de un profesional, de esta manera se enmarca un abordaje terapéutico, encaminado y acompañando los cambios dinámicos vinculares de la misma.

Rodríguez Bustamante (2015), expresa la relevancia de la teoría de la comunicación en el ámbito familiar y cómo su adecuada aplicación puede enriquecer la relación terapéutica entre

el terapeuta familiar y el consultante, así como también fortalecer la relación entre los miembros de la familia en el entorno terapéutico.

La familia se percibe como una institución social y un sistema de interacción específico donde se ejerce control y autorregulación. En este contexto, la familia es vista como un sistema comunicativo interactivo que puede enfrentar desafíos en la vida cotidiana de sus integrantes, es a través de estas interacciones que se forman sistemas de codificación y se conectan con el sistema de valores.

La comunicación, entonces, no se trata solo de transmitir información, sino de un mecanismo que complejiza las relaciones familiares y permite replantear aspectos dentro de un contexto terapéutico, es fundamental y compleja en las relaciones humanas y es crucial para el trabajo terapéutico, donde la participación e interactiva del terapeuta también juega un papel vital.

El autor plantea que la perspectiva sistémica de la comunicación se centra en la interacción dinámica y la totalidad que se establece dentro del grupo familiar. Las familias, a través de la terapia, descubren la importancia de comunicar sus experiencias y dificultades en un ambiente de confianza, facilitando su proceso terapéutico. La historia familiar es relevante, pero el proceso terapéutico lo es aún más; la Terapia Familiar se enfoca en la práctica para lograr cambios significativos en las demandas que la familia o sus subsistemas presentan.

En un entorno terapéutico, la Terapia Familiar proporciona a la familia nuevas perspectivas y formas de entender y abordar sus problemas. Esto no solo ayuda a interpretar y manejar las dificultades, sino que también fomenta la búsqueda de ayuda y la generación de cambios positivos.

De esta manera, la Terapia Familiar, dentro de una institución de salud mental, es una modalidad terapéutica crucial que ayuda a las familias a comprender y resolver sus dificultades comunicativas e interpersonales. A través de la intervención del terapeuta y el enfoque en la interacción familiar, se promueven cambios significativos que benefician a los usuarios, fortaleciendo así su bienestar y funcionamiento familiar.

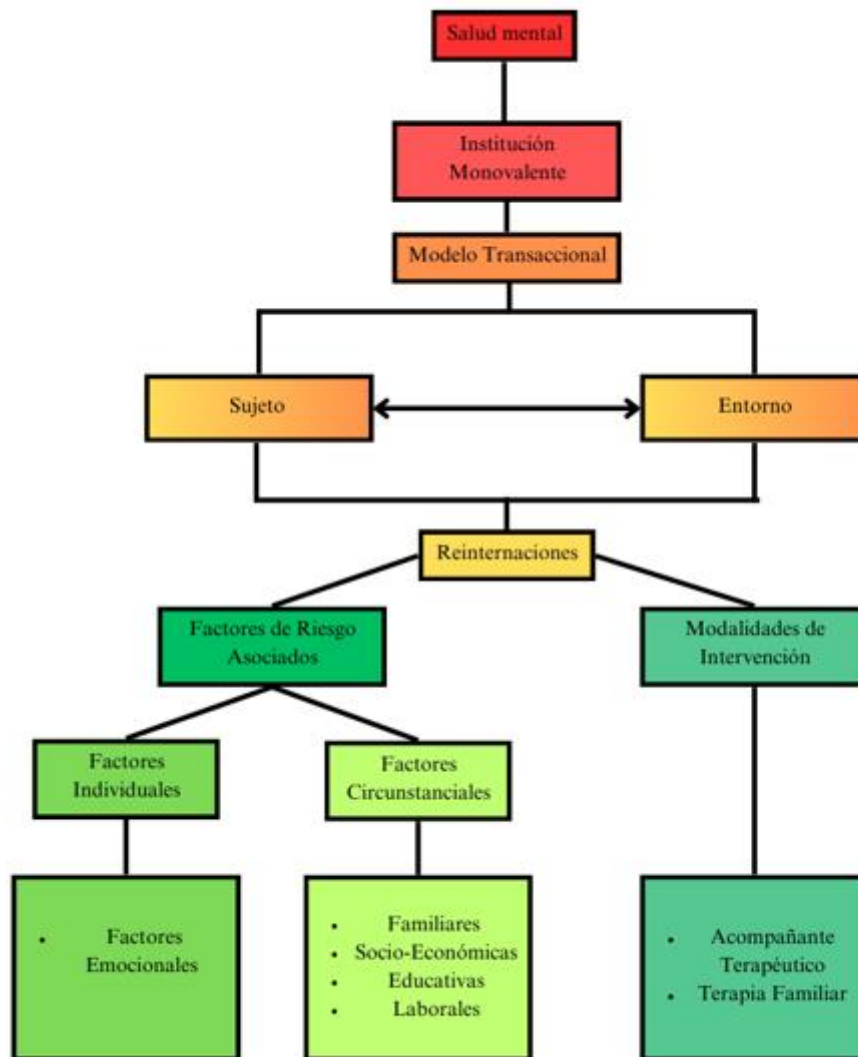
En consonancia con las modalidades terapéuticas mencionadas, en este trabajo se propone un abordaje de la persona dentro de las dinámicas en los sistemas contextuales, comprendiendo los desafíos y facilitando al proceso de este. Se promueve un apoyo constante brindando un respaldo crucial durante su evolución. A su vez se proporciona un entorno estructurado y de apoyo, se previenen recaídas y reinternaciones a través de recursos que contribuyen significativamente a mantener estabilidad a largo plazo. Partiendo de la

individualidad de la persona, y su singularidad ante sus respuestas, se trabaja en la posibilidad de adaptación ante las necesidades específicas de cada individuo, optimizando el tratamiento.

Concluyendo sobre lo mencionado, se podría inferir que la indicación de terapia familiar y acompañantes terapéuticos desde las instituciones de salud mental y su respectivo cumplimiento amplía el espectro de opciones terapéuticas, abordando las complejidades de la salud mental desde múltiples perspectivas y promoviendo una recuperación más completa y sostenible de la persona.

De esta manera, resulta adecuado abordar su indicación ante usuarios reinternados en una Institución de Salud Mental y su consiguiente posicionamiento, partiendo de la aceptación o negación ante la mención de estas modalidades por parte de los usuarios y sus resultados a nivel terapéutico, contribuyendo a la detección de posibles indicadores asociados a factores de riesgo y la mantención o exacerbación de la sintomatología manifestada durante y previo a la internación.

6.6 MAPA CONCEPTUAL DE MARCO TEÓRICO



7. MODALIDAD DE TRABAJO

7.1 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

El presente trabajo se basa en la Sistematización de Experiencias, la misma es definida según el autor Jara Holliday (2013) como aquella que permite clasificar, ordenar o catalogar datos e informaciones, cuya finalidad es obtener aprendizajes críticos de nuestra experiencia. Dicha experiencia es parte de procesos históricos sociales dinámicos que se encuentran en cambios permanentes. Es comprendido como un espacio y momento único, a partir del cual se obtienen conocimientos significativos a partir de una interpretación, ordenamiento y reconstrucción de eventos que parten de la práctica, complementado con la investigación teórica. De esta manera se contribuye a la reflexión teórica en relación con los conocimientos adquiridos.

La sistematización permite un proceso transformador, ya que se entrelaza nuestra manera de pensar, actuar y sentir con aquello aprendido durante la experiencia.

Tomando en cuenta los aportes de este autor, las condiciones para sistematizar experiencias utilizadas en el presente trabajo son institucionales por parte de la organización que la promueve (Universidad Católica de Córdoba).

Se ponen en juego condiciones personales, como el interés por la práctica, sensibilidad ante lo observado evitando juicios de valor, prejuicios o justificaciones y habilidades para realizar el correspondiente análisis y síntesis, llegando a una reflexión crítica, construyendo un camino de teorización.

Dicha sistematización comienza desde la participación en la experiencia, es decir en la institución asignada a cada estudiante. Se planteó como punto de partida los registros de aquello observado, a su vez se plantean preguntas en relación con la sistematización para luego plasmarlo dentro de la recuperación del proceso vivido. A partir de esto se obtiene una reflexión de lo acontecido con el fin de formular conclusiones y comunicar lo aprendido.

Para este proceso se utilizaron formatos útiles como: el formato de registro diario, realizado de forma individual, compartido semanalmente con la tutora de las prácticas asignada, con el fin de dar cuenta el trabajo realizado y el formato de registro de actividades, el cual menciona los aspectos técnicos como el día, horario, ubicación y actividad realizada de manera cronológica y ordenada. Dichos formatos fueron acompañados por las tutorías semanales brindadas por la facultad, en donde se incluyen las reuniones exclusivas de cada contexto, para compartir el espacio con nuestros compañeros.

Siguiendo con la metodología de trabajo, García (2010) menciona la importancia de precisar aquello que se define y delimita conceptualmente, cuyos objetivos permitan la transformación de la realidad, dicha realidad va a estar enlazada con la subjetividad de quien la produce, es decir, se pone en juego la dimensión objetiva y subjetiva del sistematizador.

La autora plantea como el proceso de reflexión que se presenta ante la experiencia, va a ser productora de cambios permanentes que generan nuevos conocimientos, que posteriormente serán utilizados en nuevas prácticas, permitiendo una autoformación desde las modalidades de intervención, construyendo pensamientos colectivos.

7.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

La unidad de análisis va a estar conformada por sujetos cuyo rango etario varía desde los 18 a 30 años, los mismos cuentan con la internación dentro de la institución de salud mental monovalente correspondiente a mi práctica, durante el periodo de abril-noviembre del año 2023.

Para la selección de los usuarios se tuvo en cuenta mi alcance de oportunidades observacionales dentro de entrevistas individuales a lo largo de la práctica asignada, la cual está compuesta por usuarios cuya internación fue realizada de manera voluntaria e involuntaria a lo largo del año transitado.

Teniendo en cuenta los diferentes sectores que la institución posee, en la muestra se utilizó a usuarios con reinternaciones dentro del sector infanto-juvenil, encontrándose algunas mujeres designadas en el mismo por falta de disponibilidad de camas en los demás sectores y como estrategia terapéutica. Por otro lado, se toma a usuarios del sector rojo, es decir, a los recién ingresados y por último usuarios pertenecientes del sector blanco 2, los cuales son designados como “estables” habiendo transitado ya la mayor parte de su internación y encontrándose próximos al alta.

La amplitud de la muestra utilizada en el trabajo abarca una diversidad de psicopatologías, proporcionando una visión comprehensiva de las condiciones clínicas presentes.

Además, la inclusión de una variedad de psicopatologías en la muestra ofrece una visión sobre la diversidad de desafíos que enfrentan los usuarios, enriqueciendo la comprensión de los profesionales de la salud mental sobre la complejidad clínica.

7.3 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El concepto de técnica debe entenderse como “un conjunto amplio de procedimientos orientados al desarrollo de instrumentos de evaluación o medición, a su aplicación y uso de acuerdo con sus características” (Yuni y Urbano, 2006, p. 57). Por consiguiente, se responde al eje planteado utilizando las siguientes técnicas de recolección de datos:

- Observación participante: Técnica fundamental utilizada a lo largo de la práctica para realizar la sistematización de experiencias. La misma permite, tomando los aportes de Yuni y Urbano (2006), desarrollar aquellos instrumentos relativos al fenómeno que se quiere estudiar, atendiendo las condiciones dadas y por las cuales pueden ser aplicados para obtener la información correspondiente al interés del estudio.

- Registro de campo: Desde los aportes de Guber (2004), el registro es aquello que permite mediante la toma de notas, la duplicación de lo observado en la experiencia, de manera que se recolecta lo real a través de los datos. Por lo tanto, a partir de mi rol como practicante, realice un seguimiento por escrito de aquellos usuarios entrevistados junto al psicólogo asignado, tomando en cuenta lo presentado en el proceso del usuario internado.

La recolección de datos se realiza con el fin de indagar sobre aquellas significaciones del usuario en relación a su actual internación, retomando a su vez las anteriores internaciones, en busca de un sentido particular y percepción del mismo correspondiente a sus conductas repetitivas y factores que inciden en la reinternación del mismo.

Dentro de la sistematización no solo se observa y registra lo acontecido, sino que también se analiza, en la medida que permita un acercamiento al eje planteado, permitiendo nuevas perspectivas a partir del discurso del sujeto, en conjunto a nuevas dudas y preguntas que encaminan la dirección de la experiencia.

7.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para recopilar información y llevar a cabo la práctica, hemos seguido las pautas establecidas en el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. Este nos orienta en torno a los requerimientos de nuestro quehacer ético como practicantes.

Resulta relevante citar que:

Los psicólogos tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad de todo conocimiento obtenido acerca de los destinatarios de sus servicios profesionales. Este deber hace a la esencia misma de la profesión, responde al bien común, protege la seguridad y la dignidad de los consultantes, sus familias y comunidades, debiendo resguardar los intereses de las personas a quienes ofrecen sus servicios, cualquiera sea el ámbito profesional de desempeño. (Colegio de Psicólogos, 2016, p. 9)

Dentro de la práctica se mantiene el Secreto Profesional, la confidencialidad, consentimiento informado, protección de datos, resguardando la información del sujeto, reemplazando nombres para evitar la exposición de la identidad del usuario y allegados involucrados.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

En esta instancia, haré una breve alusión a la experiencia vivida con relación a las prácticas Pre-Profesionales Supervisadas realizadas en el marco de la Institución Monovalente de Salud Mental en el periodo de abril-noviembre del 2023.

8.1.1 Período de Adaptación

Dentro de esta primera etapa en la institución resulto de vital importancia la presencia de los profesionales, los cuales dieron una cálida bienvenida, presentando al equipo laboral y guiando en un recorrido por la institución, donde se pudieron ver los diferentes sectores identificados por colores: rojo para recién ingresados, amarillo para gerontopsiquiatría, verde para crónicos y agudos, blanco1 para el área de infanto-juvenil, blanco 2 para usuarios estables, y azul para las habitaciones y sala de contención.

Como futuros psicólogos, la tarea consistió en acompañar a un psicólogo durante su jornada de trabajo, participando en entrevistas individuales, terapias grupales y reuniones con familiares de usuarios, entre otras actividades.

A partir de esto, se logró encontrar un mayor interés en las entrevistas individuales, por lo que en la práctica se acompañó a un psicólogo durante este proceso, el cual permitió estar informada sobre los mismos previo a las entrevistas, y posteriormente respondió dudas en relación con lo anteriormente presenciado.

Además, se tuvo la oportunidad de presenciar algunas terapias grupales en los sectores blanco 2 y rojo, con el propósito de participar en todas las actividades propuestas y comprender el papel del psicólogo en las distintas dinámicas y dispositivos ofrecidos por la institución.

Sorprendió la profundidad de las temáticas que surgieron durante las terapias grupales, que no se exploran de la misma manera en entrevistas individuales. Se abarcaron temas tales como, las herramientas para enfrentar crisis, redes de apoyo, vínculos, amistades, proyectos, expectativas, motivos de ingreso y avances durante el período de internación, entre otros aspectos. La psicóloga a cargo de los talleres brindó contención, escucha activa y permitió reflexionar sobre las palabras mencionadas, generando un espacio ordenado y continuo para el análisis durante la estadía.

Aunque la mayoría de los usuarios participaron activamente y de forma cooperativa en los talleres, hubo una minoría que se abstuvo de participar o que generó un clima de quejas, lo que podría considerarse como conductas subversivas durante las terapias.

Durante su realización se ha podido descubrir un particular interés y compromiso por las entrevistas individuales, tomando en cuenta que al principio resultó difícil acostumbrarme al ritmo del psicólogo, ya que había que trasladarse entre los diferentes sectores para ver entre 5 y 9 usuarios al día.

Durante las primeras semanas, eran confusos los nombres y las caras de cada persona y profesional, notando la falta de experiencia en el seguimiento de usuarios, algo en lo que el psicólogo estaba más habituado.

Los viernes, se presenciaba el ateneo a partir de las 14:30, donde se discutieron casos clínicos y se presentaron trabajos realizados por profesionales de la institución. Fue interesante escuchar cómo los profesionales exponen los casos, incluyendo los motivos de ingreso, historias médicas, antecedentes familiares, diagnóstico y tratamientos. Esta experiencia me ha enseñado la importancia de considerar el tratamiento integral del usuario, teniendo en cuenta factores biológicos, sociales y contextuales para promover su bienestar y posible mejoría.

En conclusión, en esta primera etapa, a pesar de la ansiedad inicial, la realización de la práctica ha sido enriquecedora y se ha podido comprender mejor el papel del psicólogo clínico, así como la importancia de la contención y la relación entre los usuarios y su entorno. Además, se abordaron cuestiones administrativas que son cruciales para el ingreso y el seguimiento del tratamiento.

8.1.2. Profundidad en el Campo Clínico

Durante la segunda etapa de la práctica, a medida que se abarcan las dinámicas de la institución, comenzaron a surgir diversos interrogantes, tanto de índole administrativo como aquellas relacionadas a los diagnósticos y procesos.

Estas eran cuestiones referidas al manejo de la información que se comparte con los familiares al dar el alta, la gestión de medicación previa de los usuarios que ingresan, qué se hace en casos en los que los problemas exceden el alcance de la medicación y la terapia, cuáles son los criterios para dar de alta y si son los mismos para todos los profesionales, bajo qué condiciones los usuarios que solo ven a psiquiatras pueden también recibir entrevistas con

psicólogos, cuál es la política con respecto al consumo de alcohol para los usuarios dados de alta, cómo deciden la internación y el abordaje de las reinternaciones para prevenir recaídas sintomáticas.

A lo largo de la práctica, se ha tenido la oportunidad de interactuar con aproximadamente 60 usuarios internados, a partir de ellos, en el presente análisis se explicarán tres casos que despertaron un interés particular en el crecimiento académico.

El primer caso es el de "L", un hombre de 19 años diagnosticado con un cuadro psicótico agudo. A través de su estadía en la institución, se pudo aprender más sobre dicha patología y cómo los usuarios pueden organizarse gradualmente en sus pensamientos durante el tratamiento. Sorprendió ver sus manifestaciones, como la grandilocuencia, conducta persecutoria, omnipotencia, alucinaciones visuales (negadas ante los profesionales, pero percibidas por compañeros y enfermería) y la fragmentación del cuerpo manifestado en sus palabras. Se pudo reconocer que, en algunas personas, las entrevistas podrían incrementar su estado de desorganización, sobre todo en casos de entrevistas extensas, abarcando temas complicados y no asimilados para el sujeto. Se presentaron algunos factores desencadenantes de su cuadro, los cuales incluían el abuso por parte de un familiar en su infancia, dicha situación no fue procesada ni alojada por parte de los padres o familiar a cargo, el consumo de drogas y su iniciación por parte de su padre, lo cual lleva a una naturalización de la droga y ante este concepto un posible riesgo en consumo problemático, ya que refinería a dicho uso como algo “normal”, haciendo una comparación de la marihuana con el café como drogas de riesgo similar. También manifestó la sobre exigencia ante demandas sociales con relación a un proyecto de vida, a una edad temprana.

El caso condujo a pensar sobre los abusos sexuales, situados en la infancia, en la adolescencia o en la adultez, y cómo estos permanecen ocultos y se manifiestan en comportamientos que para el usuario podrían ser sin sentido, repercutiendo en la salud mental y en su calidad de vida. A su vez, la situación de ocultamiento y silenciamiento por parte de la familia es un factor que se repite en personas internados, afectando a los vínculos internos, la calidad en las relaciones y las dificultades comunicativas.

El segundo caso es el de "J", una mujer de 18 años con más de 10 internaciones en la institución, cuyo diagnóstico es un cuadro psicótico. Este caso permitió reflexionar sobre la importancia de las redes de contención y el funcionamiento de la psicofarmacología en el tratamiento del sujeto. Se logró comprender que los psicofármacos no eliminan completamente los síntomas, sino que los disminuyen la sintomatología para permitir que conviva con ellos sin que interfieran en su vida diaria. En este caso, se utilizó un medicamento más riesgoso como

último recurso, debido a los efectos adversos. También se consideró la derivación a una casa de medio camino para abordar las reinternaciones, ya que, con las indicaciones terapéuticas de terapia familiar y acompañamiento terapéutico, los síntomas no cedieron por más de un mes, necesitaron reiteradas veces una internación. Se podría concluir que la contención que se brinda en los dispositivos vinculares de la institución, logran en el usuario mayor estabilidad y contención que en su afuera y esto se puede ver claramente cuando la usuaria durante su internación se manifiesta “tranquila” y “contenta “. Pudiendo pensar como factor detonante de su malestar al vínculo familiar.

El tercer caso es el de "C", una mujer con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y consumo problemático. Su actitud confrontativa y rivalidad con el equipo tratante dificultaron el proceso de terapia y la adherencia psicofarmacológica. A través de la interconsulta con el psicólogo, se obtuvo aprendizaje sobre la importancia de la iniciativa de la usuaria para lograr mejoras y cómo el tiempo es clave en el abordaje de esta índole. Además, resulta pertinente mencionar la importancia que el terapeuta integre su contratransferencia para no interferir en el proceso de curación. Situaciones difíciles de abordar como estas, resultan exitosas únicamente cuando el usuario se considera parte del trabajo, caso contrario las intervenciones del psicólogo no logran un efecto terapéutico en la internación. Como recomendaciones terapéuticas fue la posible derivación a una comunidad terapéutica cerrada para tratar su consumo problemático.

Durante la práctica, se logró aprender sobre el trabajo del psicólogo en una institución de salud mental, donde las entrevistas difieren de las realizadas en consultorios externos. En la institución, se busca abarcar un punto de partida en lugar de encontrar una solución “mágica”, haciendo referencia a la imposibilidad de un punto de llegada sobre los usuarios.

El trabajo terapéutico y la psicofarmacología requieren un tiempo más extenso que la internación, por lo que la continuidad ambulatoria es fundamental. A su vez, note la importancia del acompañamiento terapéutico dentro de la internación y por fuera, donde los usuarios comparten un contexto diferente y pueden sentirse acompañados en su malestar, aminorando las probabilidades de riesgo, al mismo tiempo que resaltó la importancia de las indicaciones terapéuticas sobre terapia familiar, en donde se plantea el abordaje de las dinámicas intrafamiliares como promotoras del malestar del usuario, para su correspondiente tratamiento y método de acción.

A partir de las entrevistas realizadas por el psicólogo se realizó un mayor acercamiento hacia aquellas personas que referían haber tenido reinternaciones, debido a que este motivo generó un gran interés desde los primeros meses de experiencia realizada.

Algunos de ellos mencionaron ingresos previos desde la institución presente e internaciones en otras localidades destinadas a la salud mental. Aun así, dicha situación no marca una diferencia en relación a los factores que incidieron dentro del criterio de reinternaciones.

Ante la escucha dentro de las entrevistas se logró identificar como un posible factor común, la importancia de los vínculos externos, tomados como redes de contención. Gran parte de estos usuarios refieren tener, por un lado, conflictos familiares, lo que trae aparejado una falta o una dificultad de comunicación entre sus miembros, generando malestar y su correspondiente angustia, que se ve exacerbada en el momento de ingreso para el sujeto. Por otro lado, se podrían mencionar conflictivas con su presente o anterior pareja como detonante de su internación, dificultades en la socialización, manifestando una falta de habilidades sociales como posible indicador de vulnerabilidad, que podría estar agravado por reiterados abusos y conductas de violencia en el ámbito escolar, tomado como posibles estresores sociales, preguntas existenciales (predominan en usuarios con sintomatología depresiva) y en algunos casos, la presencia de usuarios refractarios y falta de conciencia de enfermedad y consecutiva falta de adherencia psicofarmacológica y terapéutica. También se mencionó el abandono de la medicación cuando el sujeto se encuentra “bien”, en conjunto con el abandono del tratamiento ambulatorio de psiquiatra y psicólogo.

A modo de reflexión ante dichos casos, se pudo notar que indiferentemente del diagnóstico realizado por el equipo médico, la mayor parte de los usuarios se encuentran desbordados de angustia, con sentimientos de culpa, inseguridad, miedo, tristeza, incapacidad e impulsividad y acompañados (dependiendo el caso) de pensamientos e ideaciones suicidas, conducta y lenguaje desorganizado, labilidad emocional entre otras sintomatologías registradas.

Lo que pude notar dentro de la internación ante estos casos de reinternación, es la estabilización del sujeto, permitiendo en su mayoría una receptividad ante las intervenciones, organización en el pensamiento, evolución en su semblante, adherencia a la medicación, control de impulsos y estabilidad emocional. Utilizando como estrategia terapéutica desde la institución la indicación de continuación de tratamiento ambulatorio en casos de alta indicado por el equipo tratante, sumado a terapias familiares, Acompañante Terapéutico en determinadas horas semanales, derivaciones a comunidades terapéuticas en casos de pacientes con adicción y las residencias para aquellos con un hogar imposibilitado para habitar o que carece de existencia.

Simultáneamente a las entrevistas presenciadas, se asignó desde la referente a cargo de las pasantías la rotación de sectores, por lo que tuvimos la oportunidad de participar desde el mes de septiembre hasta noviembre de los talleres los lunes realizados dentro de Hospital de

Día ingresando por el sector de guardia. El mismo está compuesto por un Acompañante Terapéutico destinado a guiar el espacio con actividades involucradas en la temática de Arte Cultural, cuyo propósito era la reinserción del sujeto dentro del ámbito social, la posibilidad de realizar actividades estimulantes a nivel cognitivo ante el marcado deterioro presente y conectar con aquello que forma parte de nuestras vidas: La cultura Argentina. Dentro del cual participaron 12 concurrentes, ex usuarios del internado, dos pasantes de psicología y una pasante de acompañante terapéutico.

La experiencia en Hospital de Día resultó novedosa, ya que la dinámica dentro del taller y sus correspondientes actividades adquieren un ritmo más pausado que de costumbre. Las actividades permitieron conocer un poco a cada uno de los participantes, los cuales nos recibieron cálidamente desde el primer día. Sus personalidades son muy opuestas, pero, aun así, el clima de trabajo es muy satisfactorio. Durante este tiempo transitado se logró abordar la temática del taller de manera óptima, en donde todos los presentes participaron. Cada encuentro nos permitió, junto a mi compañera, aprender sobre la historia de cada uno conectando con las actividades planteadas, las cuales remiten a nuestra historización.

Concluyendo los registros de esta segunda etapa, se pudo aprender sobre la fortaleza y empatía que los psicólogos deben tener al enfrentar situaciones desafiantes en una institución de Salud Mental. La tolerancia a la frustración y el estrés son habilidades cruciales para trabajar mientras que la ética y el profesionalismo son fundamentales para proteger a los usuarios vulnerables. A su vez, la flexibilidad es otra cualidad esencial debido a las diversas demandas de los mismos. También se observó cómo el trabajo del psicólogo se realiza en colaboración con otros profesionales de la salud mental, como psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales, para brindar una atención integral y coordinada. La experiencia resultó enriquecedora a nivel profesional e individual, brindando una visión más completa del rol del psicólogo clínico en el ámbito de la Salud Mental y el conocimiento de diversas psicopatologías.

8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA

El presente análisis se basa en la integración de conceptos teóricos y la observación directa de la práctica en la que participé, para ello, a través de un análisis y síntesis, se persigue desentrañar los hallazgos observados, revelando así esta compleja dinámica.

El mismo se fundamenta en el modelo transaccional para explorar y analizar los factores de riesgo que inciden en las reinternaciones de usuarios en el ámbito de la salud mental. Este modelo, según lo abordado en el desarrollo teórico, ofrece una conceptualización dinámica y recíproca de las interacciones entre el sujeto y su entorno. Su perspectiva nos permite destacar la importancia de entender las experiencias individuales entrelazadas con su respectivo entorno, y a su vez notar cómo éstas se encuentran en constante evolución.

En el análisis se procede a describir los factores de riesgo individuales y las circunstancias familiares, socioeconómicas, educativas y laborales en cada usuario. Esta organización permite una comprensión más clara y detallada de los diversos aspectos que contribuyen a la reinternación de los usuarios en instituciones de salud mental. Posteriormente, se explorarán las modalidades de intervención terapéuticas indicadas de estos usuarios, para ellos me baso en los fundamentos teóricos, con el fin de analizar su efectividad en aquellos que hayan seguido las indicaciones. Se examinará cómo estas intervenciones afectan a los usuarios que las han adoptado y, por otro lado, se analizarán los mecanismos de acción y el entendimiento en aquellos que rechazan dichas indicaciones.

A modo de caracterización y claridad en el trabajo, expondré 6 usuarios, cada uno con sus datos correspondientes al historial clínico realizado en la institución de Salud Mental que asistieron, cuyos nombres quedan resguardados bajo el secreto profesional, detallando sus datos personales, motivo de consulta, historia clínica psicológica, evaluación del estado mental, y plan de tratamiento de sus últimas dos reinternaciones.

En el análisis de cada caso, también incluiré el genograma familiar realizado por su equipo tratante, junto con la descripción de sus componentes, las relaciones y estructuras de estos, acontecimientos de vida estresantes del usuario a analizar, su evolución y terapia y su correspondiente contexto, a modo de establecer una trayectoria de vida que permita la comprensión de la evolución y seguimiento de aquellos factores que influyeron en sus reinternaciones. Teniendo en cuenta que sus datos fueron obtenidos a partir del historial clínico brindado en la institución, cuyo contenido estaba compuesto por sus dos últimas reinternaciones, en concordancia con mi participación en la práctica durante abril-noviembre del año 2023.

En el seguimiento de los usuarios, los diagnósticos realizados por los profesionales tratantes se fundamentan en la Clasificación Internacional de Enfermedades (Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10, 200). Esto nos permite contextualizar la lectura del trabajo dentro de la presente clasificación.

8.2.1 *Análisis de la usuaria “N.C”*

Historia Clínica

Datos Personales

- Nombre: N.C.
- Sexo: Femenino.
- Edad Actual: 20 años.
- Estado Civil: Soltera.
- Contacto de Emergencia: Madre.
- Situación Sentimental: En pareja con hombre de 20 años, sin convivir.
- Escolaridad: Secundario incompleto.

- **Reinternación 1: 30/06/2023**

- **Edad:** 19 años

- **Motivo de Consulta:**

La usuaria reingresa por intento de suicidio por intoxicación con psicofármacos.

Historia Clínica Psicológica

- **Historia del Problema Actual:**

La usuaria refiere haber estado sola en su casa sintiéndose muy angustiada y sola, con ideas de muerte y en consecuencia ingirió una sobredosis de Lorazepam y Quetiapina, (medicamentos recetados por su psiquiatra). Recuerda que no podía levantarse y luego se despertó en el hospital.

Síntomas: La usuaria presentaba imposibilidad de detener sus pensamientos con rumiación, con ideas de tinte depresivo, desesperanza, de desvalorización, inestabilidad emocional, ánimo deprimido, poca voluntad, irritable, intolerante, y manifiesta haber escuchado voces que eran inteligibles, por lo que se infiere presentó alucinaciones auditivas que

incrementaron con el tiempo. No logra identificar si las alucinaciones que presentaba estaban o no acorde a su estado de ánimo depresivo.

- **Antecedentes Psiquiátricos:**

Tratamiento previo: Esquema farmacológico en curso y terapia psicológica en consultorio externo.

- **Historia Familiar:**

No hay antecedentes familiares de trastornos mentales.

Relaciones familiares conflictivas: Relación distante con el padre y conflictos con la madre.

Eventos traumáticos: Historial de abuso en su adolescencia, durante una fiesta embriagada, por una persona de su edad que no especifica, no realiza denuncia ya que no contó con el apoyo familiar. También presenta antecedentes de aborto, según manifiesta el usuario por la necesidad de mantener el tratamiento médico.

Evaluación del Estado Mental

Usuaría con presentación normal, aspecto agradable, buenas condiciones de cuidado personal, autovalida, memoria conservada, orientado globalmente en tiempo, espacio y persona, curso de pensamiento normal con contenido de ideas con tinte depresivo, con ideas tanáticas, ideas de ruina, desvalorización hacia ella misma, culpabilidad, sin ideas delirantes, presencia de alucinaciones auditivas inteligibles a confirmar ya que no era específica y no se pudo realizar diagnóstico diferencial con pseudo alucinaciones.

Ánimo con hipertimia displacentera, irritabilidad, intolerancia a la frustración. Sueño normal, conducta alimentaria normal, hipobulia.

Reconoce su condición y los peligros asociados con la toma de decisiones, como el intento de suicidio.

Atención disminuida hipoproxica.

Plan de Tratamiento

- **Intervenciones Terapéuticas:**

Terapia individual, familiar y grupal.

- **Medicamentos:**

Ajuste en la dosis de los psicofármacos prescritos y seguimiento regular.

- **Evolución y Seguimiento:**

Entrevistas con el psicólogo tres veces por semana y con el psiquiatra una vez por semana.

Monitoreo de cambios en el estado del usuario y ajustes en el tratamiento según sea necesario.

- **Consentimiento Informado:**

La usuaria ha sido informada sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, riesgos y beneficios. Ha dado su consentimiento para el tratamiento y la internación voluntaria después de ser transferida del hospital.

- **Diagnóstico:**

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado: Este diagnóstico se encuentra caracterizado por una serie de síntomas que afectan significativamente la vida diaria del usuario, presenta dificultades en las actividades sociales, laborales y otras áreas de su vida. El sujeto todavía puede ser capaz de mantener algún nivel de funcionamiento diario, aunque con mucho esfuerzo. Se plantea que según la gravedad de los síntomas es suficiente para resultar en una disfunción significativa, pero no tan severa como para impedir completamente el funcionamiento diario. Se encuentra caracterizado por la presencia de algunos de los siguientes síntomas:

- Ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida significativa de interés o placer en todas o casi todas las actividades.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
- Insomnio o hipersomnia.
- Cambios significativos en el apetito o el peso.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o intentos de suicidio.

- **Reinternación 2: 19/10/2023**

- **Edad:** 20 años

- **Motivo de Consulta:**

La usuaria reingresa por intento de suicidio.

Historia Clínica Psicológica

- **Historia del Problema Actual:**

La usuaria es acompañada por su madre y referida por su psicólogo de cabecera para internación debido a la presencia de ideación suicida activa y conductas de riesgo con intoxicación de medicamentos, junto con pensamientos suicidas.

Relevancia de sintomatología suicida: *"Hace casi dos meses y medio que tengo pensamientos de matarme. Siento que no voy a llegar a ningún lado, que no sirvo para nada. He intentado suicidarme varias veces y estuve internada en julio. Después de una pelea con mi mamá, volví a recaer."*¹

- **Antecedentes Psiquiátricos:**

Continuación del esquema farmacológico desde la internación anterior.

- **Historia Familiar:**

Persisten las dificultades en la comunicación emocional y en la relación con la madre.

Evaluación del Estado Mental

Usuaría con presentación normal, aspecto agradable, buenas condiciones de cuidado personal, autovalida, memoria conservada, orientado globalmente en tiempo, espacio y persona, curso de pensamiento de curso normal, contenido con ideas delirantes de tinte depresivo, tanáticas, de ruina, desvalorización, con alucinaciones auditivas acordes a su estado de ánimo.

Ánimo con hipertimia displacentera, irritabilidad, angustia elevada, tristeza, intolerancia a la frustración. Sueño normal, conducta alimentaria normal, hipobulimia.

¹ Si bien las normas APA (7ª edición) recomiendan el uso de cursivas sólo para palabras extranjeras, en este trabajo se decide utilizar cursivas para diferenciar las voces de los usuarios del resto del texto.

Reconoce su condición y los peligros asociados con la toma de decisiones, como el intento de suicidio.

Plan de Tratamiento

- **Intervenciones Terapéuticas:**

Terapia individual, familiar y grupal.

Ajuste del esquema farmacológico debido a la reinternación en corto tiempo.

- **Medicamentos:**

Prescripción de psicofármacos con ajuste en las dosis y seguimiento regular.

- **Evolución y Seguimiento:**

Entrevistas con el psicólogo tres veces por semana y con el psiquiatra una vez por semana.

Monitoreo de cambios en el estado del usuario y ajustes en el tratamiento según sea necesario.

- **Consentimiento Informado:**

La usuaria ha sido informada sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, riesgos y beneficios. Ha dado su consentimiento para el tratamiento y la internación voluntaria después de ser transferida del hospital.

- **Diagnóstico:**

F32 Episodio depresivo mayor grave: se describe un episodio único de depresión sin considerar la recurrencia. Este diagnóstico plantea la gravedad del episodio que puede variar, y se clasifica en leve, moderado y grave. Este se caracteriza por la aparición de síntomas depresivos durante un período de al menos dos semanas. Los síntomas pueden incluir:

- Ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida significativa de interés o placer en todas o casi todas las actividades.
- Disminución de la energía o fatiga.
- Disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones.
- Insomnio o hipersomnia.
- Cambios significativos en el apetito o el peso.

- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
- El individuo experimenta cierta dificultad para continuar con sus actividades laborales o sociales, pero generalmente puede manejarlas.

Y F29 Psicosis no especificada no debida a sustancia o afección fisiológica conocida: Este diagnóstico se utiliza cuando se presenta un trastorno psicótico, pero no se dispone de información suficiente para hacer una diferenciación específica entre las diversas formas de psicosis, como la esquizofrenia, los trastornos delirantes o los trastornos psicóticos agudos.

Este diagnóstico describe un trastorno mental severo caracterizado por una desconexión de la realidad, que puede incluir alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento y comportamiento desorganizado.

Indica que la causa del trastorno no está relacionada con una enfermedad física o una condición médica subyacente.

Síntomas presentes:

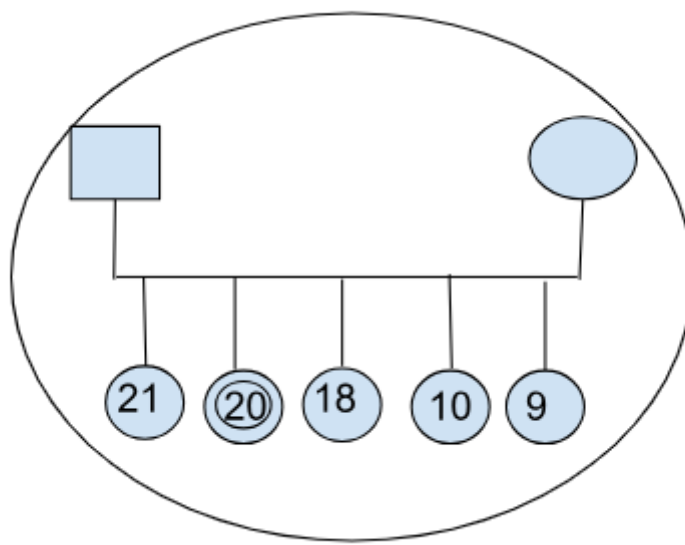
- Alucinaciones: Percepciones sensoriales falsas, como escuchar voces o ver cosas que no están presentes.
- Delirios: Creencias falsas que no se basan en la realidad y que el individuo mantiene firmemente a pesar de la evidencia en contra.
- Trastornos del Pensamiento: Pensamiento desorganizado que puede manifestarse como habla incoherente o dificultad para concentrarse y mantener una conversación lógica.
- Comportamiento Desorganizado: Acciones o comportamientos que son claramente desorganizados, impredecibles o inadecuados para la situación.
- Afecto Plano o Inapropiado: Expresiones emocionales que son limitadas o inapropiadas para la situación.

● Evolución del diagnóstico

- **Reinternación 1:** Aunque la usuaria presentaba síntomas depresivos severos y alucinaciones auditivas, su diagnóstico inicial se centró en un trastorno depresivo recurrente moderado.
- **Reinternación 2:** La intensidad y la claridad de los síntomas han aumentado, especialmente con la aparición de delirios. Esto llevó a un diagnóstico más severo de episodio depresivo mayor grave y psicosis no especificada.

- **Cambios Observados:** La transición de un diagnóstico de trastorno depresivo recurrente moderado a un episodio depresivo mayor grave refleja un aumento significativo en la gravedad de los síntomas. Con la aparición de síntomas psicóticos, como delirios y alucinaciones más definidos, indica un deterioro en su estado mental. A pesar del tratamiento, los pensamientos suicidas han persistido e incluso se han intensificado, llevando a nuevos intentos de suicidio. Por lo tanto, la evolución del caso de “N.C.” en su diagnóstico, muestra un agravamiento, pasando de un episodio depresivo moderado a uno grave con síntomas psicóticos no especificados, en donde la persistente ideación suicida y los conflictos familiares siguen siendo factores de riesgo que afectan su estado de salud.

- **Genograma Familiar:**



- **Desde la perspectiva sistémica, la interpretación del genograma describe:**

- **Componentes:**

Hombre (cuadrado) se desconoce la edad: Situado en el extremo izquierdo.

Mujer (círculo) se desconoce la edad: Situada en el extremo derecho.

Mujer (círculo) de 21 años: Conectada a la línea horizontal central.

Mujer (círculo) de 20 años: Conectada a la línea horizontal central, usuaria para analizar.

Mujer (círculo) de 18 años: Conectada a la línea horizontal central.

Mujer (círculo) de 10 años: Conectada a la línea horizontal central.

Mujer (círculo) de 9 años: Conectada a la línea horizontal central.

- **Relaciones y Estructura:**

Hombre y mujer sin edad especificada: Conectados horizontalmente en relación de pareja.

Mujeres de 21, 20, 18, 10 y 9 años: Conectadas al hombre y a la mujer, lo que indica una relación filial (hijas).

La estructura de la dinámica familiar indica una familia con dos adultos mayores y sus hijas, resaltando una familia nucleada en torno a una figura parental. Se puede observar que existe una falta de comunicación y apoyo emocional dentro de la familia, en donde N. C. se siente incomprendida y con falta de apoyo.

La usuaria refiere tener agresividad verbal entre sus padres, poca comunicación y apertura a sus emociones y problemas de sus hijos.

En relación con los roles dentro de la familia y sus dinámicas, esta refiere que, dentro de este aspecto, aparentemente ambos adultos mayores cumplen la función parental con sus correspondientes hijas.

Partiendo del contexto de su situación familiar y análisis, se plasma dentro del genograma que existe una estructura familiar con dos adultos mayores y sus hijas, lo que sugiere una familia con dinámicas intergeneracionales.

Por un lado, en la relación con la madre de la usuaria “N.C.” se menciona que esta es un posible detonador de su angustia y refiere haber tenido múltiples peleas con la misma, incluyendo un episodio traumático en donde su madre aparentó una reacción poco contenedora tras la confesión de su violación. De esta manera, la usuaria indica que su madre no la comprende ni apoya adecuadamente, lo cual genera sentimientos de incompreensión y aislamiento. Por lo tanto, inferimos que dentro de su rol como madre ante los relatos de la usuaria, no parece tener un pensamiento crítico o empático, lo que exacerba los problemas emocionales de “N.C.”

Por otro lado, la relación con su padre no es de amplio conocimiento, ya que durante las entrevistas este no es mencionado, salvo para aclarar la poca comunicación y vínculo que estos adquieren. La usuaria describe a su padre como pasivo, contribuyendo solo económicamente. A pesar de esto, menciona que su padre la abrazó por primera vez, lo que indica una relación distante, pero con pequeños momentos de conexión.

Otro de los componentes de su familia son sus hermanas, ante estas la usuaria requiere contar con el apoyo de sus hermanas, lo cual parece ser una fuente de consuelo y solidaridad en su vida.

Por otro lado, menciona a su actual pareja, la cual es descrito como comprensivo y un apoyo crucial, el mismo ha investigado sobre su diagnóstico y terapia familiar (según lo mencionado por la usuaria), mostrando un alto nivel de compromiso y apoyo.

- **Acontecimientos Vitales Estresantes:**

La usuaria “N. C.” refiere haber pasado por eventos traumáticos significativos, como un aborto y una violación, que no han sido adecuadamente abordados ni comprendidos por su familia, especialmente por su madre.

Dentro del contexto de la escolaridad, esta menciona no haber terminado la secundaria debido a la ansiedad y ataques de pánico, lo que refleja problemas educativos y una falta de apoyo adecuado durante estos episodios.

- **Evolución y Terapia:**

Con respecto a su evolución, se puede evidenciar en varias entrevistas, que “N. C.” y su madre han mostrado cierto avance en la comunicación, aunque los avances parecen ser lentos y limitados.

Se ha indicado la importancia de la terapia familiar para mejorar la dinámica y comunicación familiar. La madre muestra predisposición en algunas entrevistas, lo que es un paso positivo.

Por otro lado, y no menos importante, “N.C.” ha formado vínculos con otras compañeras de la institución, lo que le proporciona un sentido de pertenencia y contención emocional.

- **Contexto**

Se podría inferir entonces, que “N.C.” enfrenta múltiples conflictos familiares, especialmente en la relación con su madre, quien es vista como crítica y poco empática. También se menciona a su padre, el cual es emocionalmente distante, aunque por momentos se permita una conexión. De esta manera, se podría decir que la familia muestra una comunicación deficiente y una falta de apoyo emocional, lo que agrava los problemas. Pero a su vez, existen alianzas positivas con sus hermanas y su pareja, quienes brindan apoyo y comprensión. Dentro del contexto relacional, las amistades formadas en la institución también son un recurso

significativo para esta, mientras que la terapia familiar se presenta como una herramienta esencial para mejorar la dinámica y apoyo dentro de la familia.

- **Análisis:**

En el presente análisis, es crucial considerar aquellos factores que se relacionan con la singularidad del sujeto, es decir, la interacción entre sus características personales, sus estrategias para enfrentar las situaciones y los mecanismos que emplea para actuar.

En este sentido, considerando los **factores de riesgo individuales**, es pertinente retomar el concepto de dificultades emocionales según Thompson (1994), y entender cómo estas afectan tanto los procesos internos como externos para gestionar las reacciones.

En el caso presentado de la usuaria “N C”, el componente emocional se ve plasmado con gran persistencia a lo largo de las entrevistas: *“miedo a mí misma, cuando estoy sola me siento angustiada, y devienen los pensamientos”, “no me siento contenida, me quiero ir voluntariamente, no quiero hablar, me quiero ir”* (19/07/2023). Conductualmente se encontraba lastimándose la mano durante la entrevista. *“Ante las situaciones angustiantes ni la enfermera esta, me dejaron sola”. “me bajoneo un montón, tuve crisis, quiero estar sola y llorar”, “la psiquiatra que me ingresó me hizo preguntas de actividades y ante el no hacer nada me hizo sentir mal, que porque no hago actividades tengo tiempo de ponerme mal”, “ayer tuve crisis de llanto, las chicas me distrajeron”* (referido a sus compañeras de sector), *“siento que mi cabeza sigue igual, tengo impotencia porque hago muchas cosas para estar bien y no se dé dónde sale el malestar”, “estoy enojada y con bronca conmigo misma, si fuera por mí ni siquiera estaría acá”, “volvieron esos pensamientos y no sé cómo controlarlos”, “me estaban tratando re bien todos”. “Necesito llorar, descargar y no lo puedo hacer, no sé de dónde viene tanta angustia, no sé si es enojo”*. (23/10/2023)

Estas narraciones expresan cómo el componente emocional puede desempeñar un papel fundamental como factor de riesgo. Los relatos manifiestan un profundo temor hacia sí misma y una intensa sensación de desamparo emocional, expresando en su ansiedad, tendencia a la autolesión y su deseo de aislamiento. En vista de sus palabras, se refleja una lucha interna por comprender y controlar sus emociones, así como la frustración ante la dificultad para encontrar alivio, de esta manera se observa la compleja interacción entre el estado emocional y su salud mental, evidenciando cómo los desafíos emocionales pueden precipitar episodios críticos que requieren atención de su equipo tratante. A su vez, la falta de apoyo emocional percibida agrava aún más la situación, exacerbando sentimientos de impotencia y desesperanza.

En consecuencia, se puede evidenciar según los aportes de Hervás y Jódar (2008), como un episodio de estrés post traumático podría generar dichos malestares, como en el caso de “N C”, en donde a partir de su historial clínico se observaron acontecimientos vitales estresantes como el aborto, maltrato familiar y antecedentes de ataques de pánico y una desregulación emocional durante los días de su periodo.

Dentro de los fragmentos de la entrevista de “N C”, refiere que *“escucho voces diciendo que me haga daño cuando tengo miedo y crisis en cualquier lugar, cuando estoy angustiada”, “no sabía cómo expresarme, perdón”, “siento mucho dolor, no sé de dónde viene”, “no puedo dormir ni comer”, “tengo muchos pensamientos juntos”* (19/07/2023), ante esto, las intervenciones llevadas a cabo por el equipo tratante fueron hacer un nuevo esquema farmacológico como indicación, de esta manera se podría evitar que este malestar referido por la usuaria siga afectando de manera constante. En consonancia a esto, semanas después de la nueva medicación la usuaria refiere: *“me cambió las pastillas”,* reflexionando sobre la influencia de estas en su cuadro psicopatológico.

Desde las **circunstancias familiares** podemos ver en “N C”, que posee un gran componente familiar dentro de su malestar, ya que la misma menciona: *“mi mamá me angustia, mi papá es como una planta, no hace nada más que contribuir económicamente”, “estuve pensando en mi mamá y que le diría al momento de verla para mejorar la relación, para que entienda mi problema y mi sentir”, “los comentarios de mi familia me hacen sentir mal”* (19/07/2023).

Se realizó entrevista familiar con la usuaria, el padre y la madre presentes. Esta refiere: *“quiero que la familia sea mi lugar seguro, mi casa”,* (08/11/2023). Ante esto, los padres manifiestan buena predisposición (mayormente participación de la madre) dentro de la entrevista ante la escucha y refieren *“recién ahora se está abriendo”*.

También el psicólogo presente refiere a la importancia de no tener a mano dichas pastillas y las indicaciones de terapia familiar.

Ante estas menciones, podemos referenciar los autores Vera y Giler (2021), en donde se ven en falta ciertos componentes fundamentales, como asegurar la gratificación afectiva y emocional de los integrantes, de manera que la calidad del vínculo se ve disminuida, ante lo citado el usuario no parece tener respuesta contenedora por parte de sus parientes, siendo su malestar desestimado por los mismos, a su vez, estos componentes del sistema familiar serán detonadores del malestar. Se puede destacar ante esto el deseo de recuperar la alianza con sus padres para poder afrontar la situación de mejor manera, tomando este aporte como un indicador positivo a la hora de realizar las indicaciones terapéuticas.

Otra mención correspondiente al ámbito familiar es cuando refiere que, cuando tuvo el episodio de violación su mamá no la acompañó y le dijo *“eso te pasa por borracha”* (20/10/2023), sin mostrar empatía o comprensión y apoyo ante el evento traumático. Esto se podría interpretar como otro componente negativo en su dinámica que conlleva a un posible detonante de malestar como factor de riesgo.

El usuario menciona que a los 14 años se empieza sentir mal, *“sentía que no encajaba en su familia, me corto desde los 8 años”*, *“el fallecimiento de mi abuelo fue muy duro”*. Refiere haber tenido muchas peleas con su madre, le quedaron episodios grabados, refiere al episodio de violación nuevamente y ante esto comenta *“tuve que seguirla sola”*. Confiesa que su primer intento de suicidio fue en el año 2020, en donde *“se me junto todo”* referido a problemas familiares, la grabación del padre hacia la hermana (situación que no menciona con detalles en la entrevista) y la pandemia. Comenta que, por recomendación de la madre, en su momento dejó la medicación, y la terapia, que el colegio le daba mucha ansiedad por lo que lloraba en los baños hasta que la pasaban a buscar, refiere haber tenido ataques de pánico en el colegio, *“me quería rendir”* (20/10/2023).

Las referencias reflejan en primer lugar, y mencionado los aportes de Aguilar (2012), la influencia de la familia en las conductas del sujeto entrevistado, ya que, ante los patrones de comportamiento adquiridos a lo largo del desarrollo serían en la actualidad las formas de afrontar los conflictos del este.

La usuaria, en participación dentro de la terapia grupal, menciona la posibilidad de arreglar los vínculos familiares a través de la comunicación, haciendo referencia a su madre, ya que cada vez que sus padres peleaban, ella era el objeto de descarga por parte de esta. También remarca la diferencia entre la comunicación con quienes son receptivos y la comunicación ante sujetos impermeables, referido a la comunicación con su madre como un antes y un después.

Una de las **circunstancias socioeconómicas** identificadas fue en el caso de “N C”, durante la entrevista realizada a su madre, la cual menciona *“tenemos problemas económicos y complicaciones para pagar los medicamentos, los tiene que cubrir la obra social”* (10/11/2023). En este caso, se mencionan problemas económicos y dificultades para pagar medicamentos, la usuaria refiere a cómo los factores socioeconómicos pueden afectar directamente el acceso a la atención médica y el tratamiento necesario para la salud mental. Esta situación se relaciona con las reflexiones de Diez (2021), quien destaca la desigualdad socioeconómica como un factor de riesgo significativo que influye en varios aspectos de la vida de la población latinoamericana.

De esta manera, la desigualdad socioeconómica, se evidencia en disparidades en la distribución de recursos y oportunidades, de manera que afecta el acceso a la educación, el empleo y los servicios de salud, que son determinantes para el bienestar general de las personas. En el caso de "N C", la limitación económica impide el acceso adecuado a medicamentos, lo que puede dificultar su tratamiento y aumentar el riesgo de recaídas y reinternaciones en el sistema de salud mental.

Dentro de su historial clínico, se destaca la preocupación constante de la madre de "N C" por la situación económica, teniendo en cuenta que, durante las entrevistas, el usuario muestra empatía hacia su madre y menciona que prefiere no molestar al pedir medicación u otros recursos necesarios para su trabajo terapéutico.

Continuando con el análisis de las circunstancias, la relación entre las **circunstancias educativas** y las reinternaciones en salud mental es un tema de creciente interés.

Ante la falta de acceso a una educación de calidad, las dificultades para completar la educación formal debido a factores socioeconómicos o de salud mental, y la exposición a entornos educativos adversos pueden aumentar el riesgo de problemas de salud mental y la necesidad de reinternaciones, por lo tanto, las circunstancias educativas pueden actuar como factores de riesgo que inciden en las reinternaciones en salud mental.

Como ejemplo de esto podemos referirnos al caso de "N C", ya que dentro de sus primeras entrevistas menciona: *"mis proyectos son sacar materias pendientes de la secundaria"*, *"deje el colegio porque me daba mucha ansiedad, lloraba en los baños hasta que me pasaban a buscar"*, *"tenía pánico me quería rendir"* (19/07/2023), quien experimentó ansiedad y pánico en el entorno escolar y abandonó la escuela debido a estas dificultades, evidencia cómo las circunstancias educativas pueden convertirse en factores de riesgo que influyen en la salud mental. Esta narración se relaciona con las ideas de Diez (2021), que menciona el fracaso en los estudios y la desmoralización como características que pueden contribuir negativamente a la formación de la psicopatología, su experiencia de ansiedad y pánico en la escuela puede haber generado una sensación de fracaso y desmoralización en relación con sus estudios.

Con respecto a las **modalidades terapéuticas indicadas** desde el equipo tratante, la usuaria y su familia fueron notificados ante la necesidad de realizar terapia familiar, ya que dicha situación necesita un diálogo abierto y comunicativo para su mejoría y evitar nuevas reinternaciones, teniendo en cuenta que "N.C." continúa viviendo con sus familiares y ante dicha dinámica, la misma puede verse afectada. Esta indicación no fue tomada por parte de sus

familiares, por lo que las intervenciones desde la terapia familiar no pudieron solucionarse durante el internado.

Como segunda **modalidad terapéutica indicada**, además de su participación dentro de los talleres grupales del sector, el psicólogo le indica realizar las actividades propuestas por los A.T. del sector y compartir espacios comunes dentro de sus primeros días en el internado. Refiriéndonos a esto, la usuaria menciona: *“estos días estuve participando de las actividades de los A.T, me sentí mucho mejor después de hablar con los de A.T, hay cosas que me pasan y por ahí sus actividades me ayudan a expresarlo mejor, que a veces con palabras no es suficiente”, “me hace muy bien, y también estar con mis compañeras”* (23/10/2023). La cita expresa muestra el impacto positivo y el apoyo emocional que los A.T. pueden brindar.

A partir de estas narraciones, resulta relevante mencionar al autor Russi (2023), quien resalta la importancia de los acompañantes terapéuticos en el equipo interdisciplinario de profesionales de la salud. Entre ellos describe a los A.T. como una figura que aporta dinamismo y provoca reflexión dentro del equipo, señalando que su labor se inscribe y se desarrolla en el seno de este equipo.

Por lo tanto, la experiencia personal descrita en la primera mención de la usuaria se alinea con las ideas presentadas por Russi (2023) y Kuras de Mauer y Resnizky (2020), ya que esta siente que las actividades con los A.T. le ayudan a expresar lo que siente y a mejorar su bienestar emocional. También, ante la mención de sentirse mejor estando con sus compañeras y participar en actividades grupales refleja la importancia del trabajo interdisciplinario y colectivo, como destaca Russi (2023). De esta manera, vemos como los profesionales de A.T. integran estas dinámicas en su práctica, beneficiando a los individuos mediante la colaboración con otros profesionales de la salud.

8.2.2. Análisis de la usuaria “J.D.”

Historia Clínica

Datos Personales

- Nombre: J. D.
- Edad Actual: 18 años.
- Sexo: Femenino.

- Estado Civil: Soltera.
- Contacto de Emergencia: Madre.
- Situación Sentimental: soltera.
- Escolaridad: secundario incompleto.

- **Reinternación 1: 23/06/2023**

- **Edad:** 18 años.

- **Motivo de Consulta**

Reingresa por ideaciones suicidas activas, autolesiones.

Historia Clínica Psicológica

- **Historia del Problema Actual:**

Refiere haber sentido mucha ansiedad, tenía dificultades para realizar las actividades cotidianas y requería de auxilio externo debido a su falta de motivación y desgano para hacer las cosas, a su vez refiere que los problemas de su familia los hace propios, aumentando su inestabilidad emocional.

Síntomas: trastorno en el pensamiento como ideas delirantes y alucinaciones auditivas, curso de pensamiento desorganizado, aplanamiento afectivo, dificultad para realizar actividades cotidianas.

- **Antecedentes Psiquiátricos:**

Tratamiento previo: Esquema farmacológico en curso y terapia psicológica en consultorio externo. Deserción de medicamentos por iniciativa de su madre.

- **Historia Familiar:**

Madre diagnosticada con depresión, procede a dejar la medicación por iniciativa propia.

Relaciones familiares conflictivas: Puede evidenciarse una relación conflictiva con familiares, una madre sin adherencia farmacológica e influyente en las decisiones de su hija. Dificultad de los padres para la contención de su hija y falta de predisposición.

Eventos traumáticos: Sin presencia de eventos traumáticos mencionados.

Evaluación del Estado Mental

La usuaria se presentaba con apariencia de aspecto normal, con aseo y cuidado personal conservado, funciones cognitivas conservadas acorde a su edad, vigil, globalmente orientada, en tiempo, espacio y persona, con escasa conciencia de enfermedad, hipotímica, con algunos episodios de angustia leves siempre con relación a eventos familiares. Tendencia al aislamiento, hipobulimia, ideas delirantes de tipo paranoide e ideas de suicidio y alucinaciones auditivas. Atención disminuida hipoprosexica, juicio desviado.

Plan de Tratamiento

- **Intervenciones Terapéuticas:**

Terapia individual, familiar y grupal.

- **Medicamentos:**

Se realiza nuevo esquema farmacológico durante la internación.

- **Evolución y Seguimiento:**

Entrevistas con el psicólogo tres veces por semana y con el psiquiatra una vez por semana.

Monitoreo de cambios en el estado del usuario y ajustes en el tratamiento según sea necesario.

- **Consentimiento Informado:**

La usuaria ha sido informada sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, riesgos y beneficios. Ha dado su consentimiento para el tratamiento y la internación de manera voluntaria.

- **Diagnóstico:**

F20 Esquizofrenia paranoide: La esquizofrenia es un trastorno mental severo que se manifiesta con una amplia gama de síntomas, que pueden variar en tipo e intensidad. Los síntomas se agrupan generalmente en dos categorías principales:

Síntomas Positivos:

- Alucinaciones: Percepciones sensoriales sin un estímulo real, como escuchar voces o ver cosas que no existen.
- Delirios: Creencias falsas e irracionales que no se ajustan a la realidad, como creencias de persecución o grandiosidad.
- Pensamiento Desorganizado: Dificultad para organizar los pensamientos y mantener una conversación coherente.
- Comportamiento Motor Desorganizado: Comportamientos anómalos que pueden variar desde una agitación excesiva hasta una falta completa de respuesta a los estímulos externos.

Síntomas Negativos:

- Aplanamiento Afectivo: Reducción en la expresión emocional.
- Alogia: Disminución de la fluidez y productividad del pensamiento y del habla.
- Anhedonia: Incapacidad para experimentar placer en actividades que normalmente resultan placenteras.
- Abulia: Falta de motivación o iniciativa.

- **Reinternación 2: 06/11/2023**

- **Edad:** 18 años.

- **Motivo de Consulta:**

Reingresa por conductas autolíticas, impulsos por autolesionarse, intentos de hacerse daño a sí misma y reconoce voces distónicas.

Historia Clínica Psicológica

- **Historia del Problema Actual:**

“Tengo pensamientos de lastimarse y de hacerme daños muy fuertes como la otra vez. Y tengo miedo de hacer algo y no quiero estar así. Tengo miedo de esto, no quiero estar en mi casa hace varios días que estoy así y cada vez está más fuerte”.

- **Antecedentes Psiquiátricos:**

Continuación del esquema farmacológico desde la internación anterior.

- **Historia Familiar:**

Dificultades de contención por parte de sus familiares, persiste la desestabilización emocional por conflictos familiares.

Evaluación del Estado Mental

La usuaria se presentaba con apariencia de aspecto normal, con aseo y cuidado personal conservado, funciones cognitivas conservadas acorde a su edad, vigil, globalmente orientada, en tiempo, espacio y persona, con escasa conciencia de enfermedad, hipotímica, con algunos episodios de angustia leves siempre en relación a eventos familiares, más relacionada con sus pares respecto a la reinternación anterior, hipobulica, ideas delirantes de tipo paranoides e ideas de suicidio y alucinaciones auditivas. Atención disminuida hipoprosexica, juicio desviado.

Plan de Tratamiento

- **Intervenciones Terapéuticas:**

Terapia individual, familiar y grupal.

Ajuste del esquema psicofarmacológico debido a usuario refractario.

- **Medicamentos:**

Prescripción de psicofármacos con ajuste en las dosis y seguimiento regular.

- **Evolución y Seguimiento:**

Entrevistas con el psicólogo tres veces por semana y con el psiquiatra una vez por semana.

Monitoreo de cambios en el estado de la usuaria y ajustes en el tratamiento según sea necesario.

- **Consentimiento Informado:**

La usuaria ha sido informada sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, riesgos y beneficios. Ha dado su consentimiento para el tratamiento y la internación voluntaria.

- **Diagnóstico:**

F20 Esquizofrenia paranoide: La esquizofrenia es un trastorno mental severo que se manifiesta con una amplia gama de síntomas, que pueden variar en tipo e intensidad. Los síntomas se agrupan generalmente en dos categorías principales:

Síntomas Positivos:

- Alucinaciones: Percepciones sensoriales sin un estímulo real, como escuchar voces o ver cosas que no existen.
- Delirios: Creencias falsas e irracionales que no se ajustan a la realidad, como creencias de persecución o grandiosidad.
- Pensamiento Desorganizado: Dificultad para organizar los pensamientos y mantener una conversación coherente.
- Comportamiento Motor Desorganizado o Catatónico: Comportamientos anómalos que pueden variar desde una agitación excesiva hasta una falta completa de respuesta a los estímulos externos.

Síntomas Negativos:

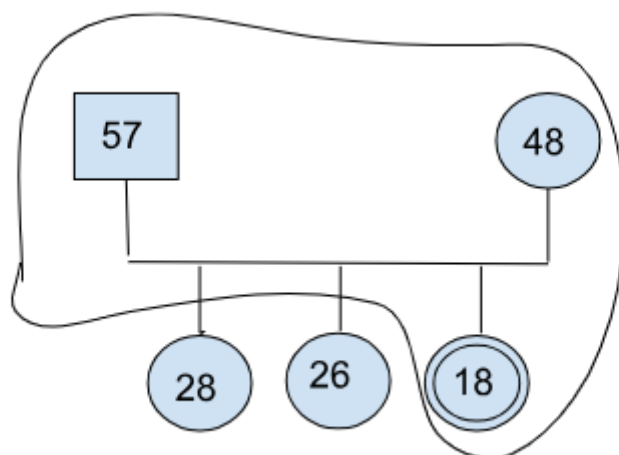
- Aplanamiento Afectivo: Reducción en la expresión emocional.
- Alogia: Disminución de la fluidez y productividad del pensamiento y del habla.
- Anhedonia: Incapacidad para experimentar placer en actividades que normalmente resultan placenteras.
- Abulia: Falta de motivación o iniciativa.

● **Evolución del diagnóstico**

- **Reinternación 1:** La usuaria presentaba síntomas graves de esquizofrenia, incluyendo alucinaciones auditivas, delirios y pensamiento desorganizado. Su capacidad funcional estaba seriamente afectada, con una notable falta de motivación y tendencia al aislamiento.
- **Reinternación 2:** Manifiesta una persistencia y agravamiento de los síntomas psicóticos y depresivos. La ideación suicida se ha intensificado, y la usuaria muestra una mayor consciencia del peligro de sus acciones, aunque su juicio sigue desviado.
- **Cambios Observados:** Los síntomas psicóticos y negativos de la esquizofrenia persisten y parecen haberse intensificado, lo que sugiere una mayor resistencia al tratamiento. La ideación suicida y las conductas autolesivas han aumentado, indicando una mayor urgencia y peligro en su estado mental. En la segunda internación, muestra una mayor interacción con sus pares, aunque su estado general sigue siendo grave.

La evolución del caso de J.D. muestra una persistencia y agravamiento de los síntomas de esquizofrenia paranoide, con un aumento en la ideación suicida y conductas autolesivas. Los conflictos familiares y la influencia negativa de la madre en la adherencia al tratamiento son factores cruciales en la falta de mejoría.

- **Genograma familiar**



- **Desde la perspectiva sistémica, la interpretación del genograma describe:**

- **Componentes:**

Hombre (cuadrado) 57 años: Situado en el extremo izquierdo.

Mujer (círculo) 48 años: Situada en el extremo derecho.

Mujer (círculo) de 28 años: Conectada a la línea horizontal central.

Mujer (círculo) de 26 años: Conectada a la línea horizontal central.

Mujer (círculo) de 18 años: Conectada a la línea horizontal central siendo la usuaria por analizar.

- **Relaciones y Estructura:**

Hombre y mujer de 57 y 48 años: Conectados horizontalmente en relación de pareja.

Mujeres de 28, 26 y 18 años: Conectadas en línea horizontal, lo que indica una relación filial (hijas). Y un círculo que engloba a la pareja parental y a la usuaria a analizar, lo cual indica la convivencia en una misma residencia de los tres.

Dinámica Familiar: La estructura indica una familia con dos adultos mayores y sus hijas.

La usuaria “J.D.” menciona tener una mejor comunicación con su madre en algunas entrevistas, aunque hay antecedentes de depresión postparto por parte de la madre y una falta de apoyo hacia la medicación, se puede inferir que dicha situación afecta directamente la relación madre e hija y la percepción de apoyo emocional en la familia.

La relación con sus hermanas parece ser conflictiva, ya que “J. D.” se siente incómoda con ellas y hay tensiones no especificadas.

Dentro de la dinámica familiar se presenta un intento por parte de la familia de participar en la terapia familiar indicada y en la recuperación de “J.D.”, aunque la madre muestra reticencia hacia la medicación.

Ante esto, la familia parece estar presente en los momentos críticos, pero la comunicación y el apoyo emocional parecen ser limitados y a veces contradictorios.

Teniendo en cuenta los roles y las funciones dentro de la dinámica familiar, “J.D.” parece asumir el rol de "paciente identificado" en la familia, siendo el foco de preocupación debido a sus intentos de suicidio y autolesiones.

Esta usuaria expresa sentimientos de carga y absorbe los problemas de los demás, lo que agrava su estado emocional y contribuye a su malestar.

Los padres cumplen un rol de cuidadores, aunque con limitaciones significativas en la comprensión y apoyo emocional. La madre muestra más participación, aunque con ambivalencia hacia la medicación. También, la hermana mayor consigue trabajo, lo cual es una fuente de alegría para “J.D.”, pero la relación entre ellas sigue siendo tensa y poco clara en cuanto a su naturaleza.

Dentro del contexto y el análisis de este usuario, el genograma muestra una estructura familiar con dos adultos mayores y sus hijas, lo que sugiere una familia con dinámicas intergeneracionales.

Dentro de la clase Social y las circunstancias Familiares, la familia pertenece a una clase social baja, lo que añade presión económica y puede contribuir a la falta de recursos para un apoyo adecuado en salud mental.

Por lo tanto, se podría decir que la dinámica familiar muestra desorganización y una desviación en la comunicación, lo que afecta negativamente la estabilidad emocional de “J.D.”

Por otro lado, la historia de depresión postparto de la madre y la falta de apoyo hacia la medicación sugieren una posible falta de comprensión o aceptación de las enfermedades mentales en la familia.

- **Acontecimientos Vitales Estresantes:**

Se registran intentos de suicidio y autolesiones, ya que “J.D.” ha tenido varios intentos de suicidio y episodios de autolesiones, que parecen ser respuestas a su incapacidad para manejar pensamientos intrusivos y angustiosos.

A su vez, experimenta alucinaciones auditivas y visuales que la incitan a autolesionarse, lo cual es un factor estresante significativo y agrava su situación.

En relación con la escolaridad, “J.D.” no ha terminado la secundaria, lo cual es una fuente de frustración y afecta su autoestima y sus perspectivas futuras.

- **Evolución y Terapia:**

La usuaria “J.D.” ha mostrado mejoría ante la administración de su nueva medicación, aunque los efectos parecen ser temporales y no totalmente estables. La introducción de nuevos esquemas farmacológicos ha tenido buenos resultados con respecto a la sintomatología, pero con presencia de efectos adversos, como el aumento de la presión arterial, mareos e intolerancia gastrointestinal.

También se han realizado esfuerzos para incluir a la familia en la terapia, con algún progreso en la comunicación con la madre, aunque los conflictos familiares permanecen.

Las internaciones han proporcionado un espacio seguro para “J.D.” donde puede recibir el cuidado necesario para estabilizarse. Aun así, la necesidad recurrente de internación indica una falta de estabilidad y recursos adecuados en su entorno cotidiano.

- **Contexto**

La usuaria tiene aspiraciones de terminar la secundaria y estudiar en la universidad, lo cual indica una voluntad de superación y búsqueda de estabilidad a largo plazo.

Ante la consideración de una casa de medio camino y la necesidad de buscar apoyo entre personas de su edad, se podría inferir que son estrategias que se han explorado para proporcionar un ambiente más estable y comprensivo.

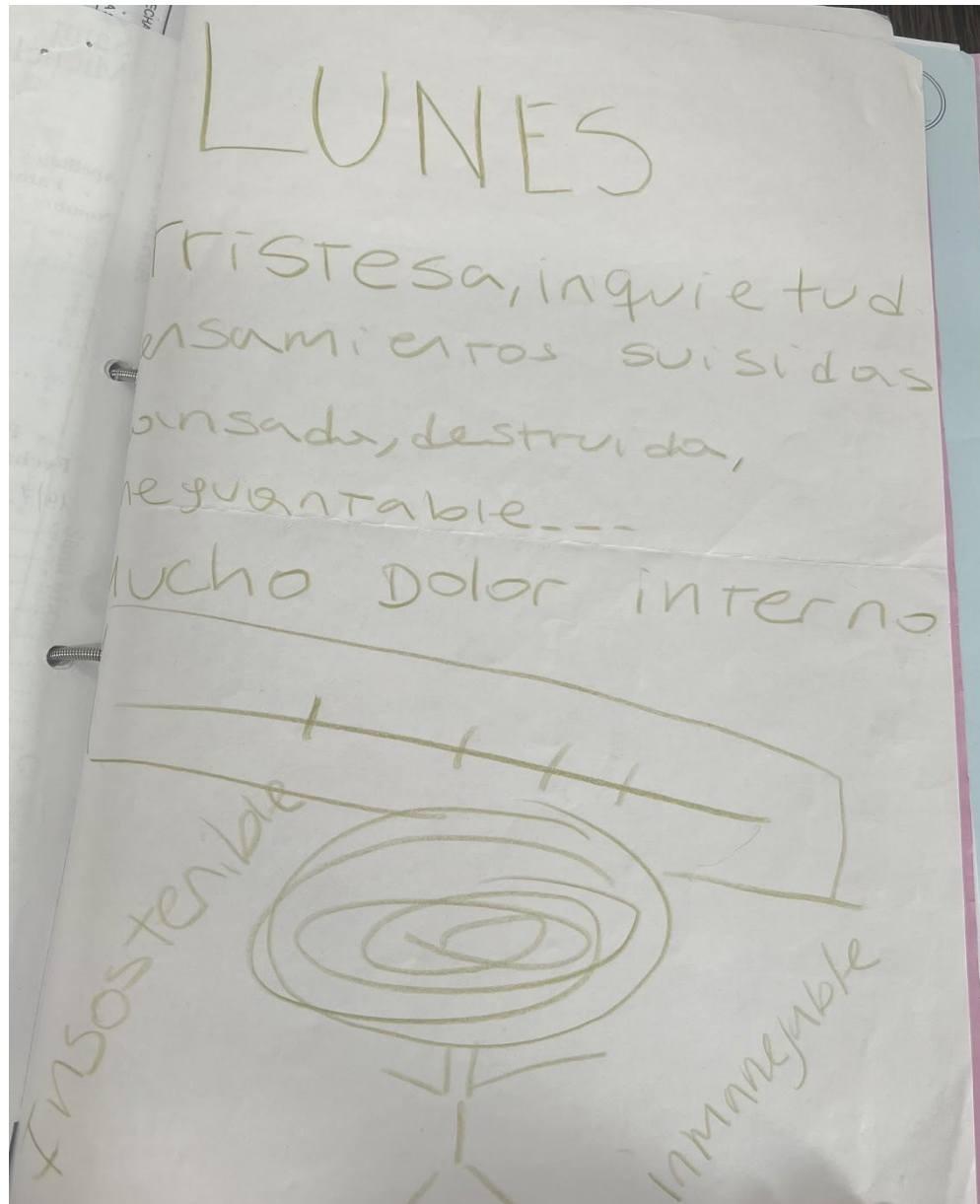
La relación con la familia sigue siendo un área crítica para mejorar, con la necesidad de fortalecer los lazos y mejorar la comunicación para proporcionar un entorno más seguro y de apoyo para “J.D.”

De esta manera, la dinámica familiar de “J.D.” muestra una combinación de apoyo limitado, conflictos interpersonales y una falta de comprensión hacia las enfermedades mentales. Los roles y funciones dentro de la familia están marcados por una desorganización y

una comunicación deficiente. Los acontecimientos vitales estresantes, como intentos de suicidio y alucinaciones, junto con problemas educativos, agravan su situación. La evolución y terapia han mostrado ciertos progresos, especialmente con la medicación y la terapia familiar, aunque los desafíos persisten en su cotidianidad. La consideración de recursos adicionales, como una casa de medio camino, y la mejora en la búsqueda de apoyo social son pasos importantes para su recuperación.

- **Análisis:**

En un primer momento, abordando los componentes de los **factores de riesgo individuales**, podemos referirnos a los factores emocionales persistentes dentro de la vida de “J.D.”, partiendo de las entrevistas, la misma menciona: *“Estoy cansada, triste”, “llegue y explote”* (26/06/2023). Además, elaboró un dibujo que entregó al psicólogo, quien, con su aprobación, me permitió adjuntarlo como una representación visual de su estado emocional:



Fuente: Proporcionada por el psicólogo tratante del usuario.

La imagen ilustra las siguientes palabras: lunes, tristeza, inquietud, pensamientos suicidas, cansada, destruida, inaguantable, mucho dolor interno, insostenible e inmanejable. Localizadas alrededor de una figura que la misma identifica como ella misma, con una cabeza dibujada con círculos haciendo referencia a sus pensamientos presentes. Ante esta imagen, retomando a Rodríguez (2009) se puede notar la diferenciación entre las emociones positivas y negativas, plasmando en el dibujo un gran componente de emociones claramente negativas, producidas por experiencias desagradables, de manera que, ante su cronicidad llegaron a agravar la situación psicopatología de la entrevistada, cuyos motivos de reinternación se ven

altamente afectados por contenidos emocionales y plasmados como medio de descarga, procesamiento y elaboración de lo traumático en un papel. Como menciona Rodríguez, la comunicación de las emociones debe ser tomado como factor positivo en la vida diaria, y ante el dibujo se podría inferir su correspondiente entrega y explicación como mecanismos adaptativos para comunicar aquello que el usuario padece y no podría manifestar por palabras.

Durante su entrevista refiere: *“cansada de los pensamientos, aquí puedo frenar, necesito algo”* (30/06/2023), ante esto la usuaria pide atención de urgencia a su equipo tratante, ya que advierte la posibilidad de autolesionarse y no poder controlarlo, pero a su vez esto podría ser visto como un indicador positivo, ya que anticipa un daño a sí misma a los profesionales de la salud a modo de prevención.

Rodríguez enfatiza que las emociones fundamentales son expresiones personales de comportamiento, con patrones únicos de activación física y experiencias cognitivas. “J.D.” manifiesta una variedad de emociones negativas, como tristeza, inquietud, pensamientos suicidas y cansancio, que se reflejan en sus producciones artísticas y verbales. Estas expresiones no solo comunican su estado afectivo, sino que también facilitan la interacción con su equipo tratante, influenciando su comportamiento y el de aquellos a su alrededor. La imagen creada por “J.D.”, donde describe su estado emocional, permite un medio de comunicación esencial para expresar lo que no puede verbalizar, alineándose con la idea de Rodríguez sobre el papel crucial de las emociones en la comunicación social.

El autor también destaca cómo las emociones negativas, como la tristeza, el miedo, la ira y el asco, impactan en la salud mental, esto se evidencia dentro del caso de “J.D.”, cuando estas emociones están claramente presentes y contribuyen a su deterioro psicopatológico, teniendo en cuenta que las palabras utilizadas en su producción artística, como "tristeza", "inquietud", "destruida" e "inmanejable", reflejan un estado emocional profundamente negativo. A partir de esto, se indaga en que estas emociones pueden influir en el inicio, desarrollo y persistencia de enfermedades mentales y físicas, lo cual es evidente en “J.D.”, cuyo reingreso al tratamiento se ve altamente afectado por estas experiencias emocionales desagradables.

A su vez, el autor destaca la alta comorbilidad de las emociones negativas con trastornos ansiosos y depresivos. La usuaria “J.D.” muestra signos claros de esta comorbilidad, ya que su esquizofrenia paranoide está acompañada de altos niveles de ansiedad y depresión, exacerbados por su entorno familiar disfuncional y la falta de adherencia al tratamiento. Las emociones negativas, como la tristeza y el miedo, no solo agravan su condición, sino que también perpetúan un ciclo de sufrimiento y autolesiones.

Por lo tanto, la capacidad de “J.D.” para expresar sus emociones negativas a través del arte y su comunicación verbal durante las entrevistas es un aspecto positivo que resalta Lizeretti y Rodríguez (2011), esta expresión actúa como un mecanismo adaptativo que le permite comunicar su sufrimiento y buscar ayuda. Cuando “J.D.” menciona sentirse “cansada de los pensamientos” y “necesitar algo” durante una crisis, está utilizando sus emociones como un medio para anticipar y prevenir daños mayores, solicitando atención urgente de su equipo tratante. Esto, según Rodríguez, es un uso positivo de las emociones en la vida diaria, facilitando intervenciones preventivas y un manejo más efectivo de su condición.

De esta manera se consigue referenciar que, ante las emociones negativas mencionadas, intensamente por “J.D.”, no solo afectan su estado mental, sino que también ofrecen una ventana crucial para la intervención y la comunicación efectiva con su equipo tratante.

Puede verse a través de las menciones de la usuaria los cambios significativos en relación con su sintomatología y la medicación, ya que esta refiere dentro de la entrevista “*un avance en la medicación*” (26/06/2023), donde se podría inferir que la medicación estaría haciendo efecto. La medicación administrada en su momento fue dejada por voluntad propia, y remarca “*mi mamá no apoya la medicación*” (26/06/2023), condición que estaría afectando a la estabilización de la usuaria y su recuperación. A su vez refiere: “*Con la medicación mi cabeza está bien, pasa un mes y vuelvo a caer*” (26/06/2023), expresa que su estado de ánimo mejora con la medicación, pero que después de un tiempo vuelve a experimentar recaídas. Durante las entrevistas individuales, el psiquiatra del equipo tratante recomienda un cambio en la medicación, pero advierte que la nueva dosis podría tener efectos secundarios más riesgosos, por lo que se requiere un monitoreo continuo a través de análisis de sangre semanalmente.

Luego de iniciar con la nueva medicación, se pudo observar una mejoría significativa en el estado anímico de la usuaria. Esta se muestra más comunicativa y articulada, con un pensamiento más organizado y estable. Por lo tanto, estos cambios sugieren que el nuevo esquema psicofarmacológico administrado está teniendo efectos beneficiosos en sus síntomas.

Otra circunstancia importante dentro de la vida de “J.D.” que contribuye a los factores de riesgo, son las **circunstancias familiares** presentes en sus narrativas, la cual refiere “*me siento incomoda con mi hermana*”, “*tengo mejor comunicación con mi mamá*”, “*mi mamá tuvo depresión post parto y la medicación que ella tomaba la dejó sin indicaciones, mi mamá no apoya la medicación*”. (26/06/2023).

Se podría abordar lo expresado por la usuaria desde las ideas de Minuchin (1974), en donde plantea que los límites claros se refieren a reglas y límites bien definidos que guían el

comportamiento y las interacciones dentro de la familia. En el caso de "J D", parece haber una falta de límites claros en cuanto al apoyo emocional y la comunicación dentro de la familia, esto se evidencia cuando la madre de "J D" parece haber experimentado depresión postparto y dejó de tomar su medicación por voluntad propia, lo que sugiere una falta de límites claros en términos de cuidado personal y apoyo familiar. Por otro lado, dentro de los límites rígidos que se caracterizan por ser inflexibles y restrictivos, lo que puede generar tensiones y conflictos dentro del sistema familiar, se ejemplifica en la usuaria ante la falta de apoyo de la madre hacia la medicación necesaria, se podría interpretar como un límite rígido en su actitud hacia el tratamiento médico. Así también la predominancia de los límites difusos implica una falta de claridad en los roles, las responsabilidades y las normas dentro del sistema familiar. Dentro de las narrativas de "J D", se menciona que esta se siente incómoda ante su hermana, lo que sugiere una falta de límites claros en cuanto a las relaciones interpersonales dentro de la familia. Además, la mejor comunicación de "J D" con su madre podría indicar una dinámica de límites difusos, donde las fronteras entre los roles parentales y filiales no están claramente definidas.

Esta usuaria solicitó su internación como medida preventiva ante su familia. Sin embargo, una vez ingresada, se autolesiona. Desde la perspectiva del psicólogo, la internación se consideró un entorno seguro donde se esperaba que la presencia de cuidadores pudiera prevenir las autolesiones. La frase "llegué y exploté" indica que la usuaria experimentó un punto de quiebre emocional. Se podría inferir entonces, que las normas y procedimientos establecidos dentro de la institución de internación psiquiátrica podrían incluir reglas sobre el manejo de autolesiones, la supervisión constante y los protocolos de contención en situaciones de crisis, la misma parece haber buscado una nueva internación como un lugar seguro donde esperaba encontrar cuidado y contención para manejar sus dificultades emocionales y conductuales, ya que la dinámica familiar podría ser detonante de su malestar. Sin embargo, al experimentar una crisis emocional y autolesionarse, es posible que haya percibido una falta de respuesta adecuada por parte del personal de la institución.

Es importante considerar que esta usuaria intentó quitarse la vida dentro de la institución utilizando una bolsa de plástico el día 30/06/2023, después de haber hablado por teléfono con un familiar. Esto sugiere la influencia emocional significativa de la familia, lo cual puede haber desequilibrado su estado psicológico y llevado a este intento de suicidio.

Cuando la usuaria refiere: *“El domingo nos fuimos en familia, todo bien, me agarraron ganas de cortarme, veía cosas para hacerlo y para evitarlo pedí que me vuelvan a traer a la clínica”* (08/11/2023), menciona que después de un evento familiar aparentemente normal, experimentó un impulso de autolesionarse. Este impulso puede estar relacionado con

tensiones o conflictos familiares que podrían haber sido desencadenados por la interacción familiar. La sensación de incomodidad o malestar emocional resultante de estos conflictos podría haber llevado al usuario a buscar refugio en la clínica como una forma de evitar la autolesión.

A su vez, cuando menciona *“absorbo las cosas de los demás, el hermano de mi cuñado está con drogas y al ver a la otra pasándola mal me quiero hacer daño, me he cortado un poco”* (08/11/2023). Se plasma particularmente la lucha de un familiar con el abuso de drogas. Esta habilidad para absorber y sentir las emociones de los demás puede aumentar la vulnerabilidad del usuario a sufrir angustia emocional y, en última instancia, a experimentar el impulso de autolesionarse como una forma de hacer frente a esas emociones abrumadoras.

A lo largo de las menciones, se infiere que la familia actúa como un factor desencadenante al exponer a la usuaria a situaciones emocionalmente desafiantes o conflictivas.

Las reflexiones de Diez (2021), nos permite pensar en las **circunstancias socioeconómicas** en donde destaca la desigualdad como un factor de riesgo significativo que influye en varios aspectos de la vida de los sujetos. Teniendo en cuenta que esta usuaria presenta un bajo nivel de recursos económicos, pueden verse limitadas las oportunidades de participar en actividades sociales, como salidas con amigos o participación en grupos de interés común. Esto podría llevar a un aislamiento social, especialmente entre personas jóvenes que pueden depender en gran medida de la participación en actividades grupales para desarrollar relaciones sociales y encontrar apoyo emocional.

Otra circunstancia presente en este caso clínico es la **circunstancia educativa**. La usuaria “J D”, habló sobre el futuro y a lo que proyecta, en donde refiere *“quiero estudiar, terminar el secundario que no lo pude hacer, ir a la universidad”* (30/06/2023), el deseo expresado por estudiar, terminar la secundaria y asistir a la universidad, está directamente relacionado con las implicaciones del fracaso escolar, teniendo en cuenta que dentro de su historial clínico la usuaria refiere haber abandonado el colegio secundario. Se podría inferir, tomando los aportes de Heras y Polaino-Lorente (1990), que el abandono de los estudios y el fracaso escolar puede generar un intenso sentimiento de frustración y contribuir a la disminución de la autoestima, la inseguridad y la desesperanza, todos ellos factores que pueden afectar la salud mental, de esta manera, sugiere que el fracaso escolar puede ser un desencadenante de trastornos psicopatológicos, como la depresión y la conducta suicida. Por lo tanto, al encontrarse estable dentro la internación, como indicador de salud mental positivo la

usuaria se encuentra realizando proyectos para alcanzar una vez dada su externación, lo que permite una mirada contemplativa de su prospecto de vida.

En el contexto del caso de “J.D.”, se abordan las **modalidades terapéuticas indicadas** desde la incorporación de los acompañantes terapéuticos y cómo su labor influye en el tratamiento y el bienestar de los pacientes. Para esto, se pueden integrar las perspectivas de varios autores.

Russi (2023) destaca que los acompañantes terapéuticos aportan dinamismo al equipo de profesionales. Esta figura emergente dentro del ámbito interdisciplinario despierta y hace repensar la ambigüedad inherente en el tratamiento de trastornos mentales complejos. Según Russi: “(...) aportan el dinamismo al equipo de profesionales, ya que es la nueva figura que despierta y hace repensar esta ambigüedad, porque desde su posicionamiento y labor está inscripto, nace y se gesta en el seno de un equipo interdisciplinario” (Russi, 2023, p. 4).

En el caso de “J.D.”, esta dinámica es evidente en su participación en las actividades grupales y en el trabajo con los acompañantes terapéuticos. Esta menciona: *“Estuve participando de las terapias grupales y de las actividades de A.T también, me gustó, siento que me escuchan, también me divierto, puedo compartir con mis compañeras”* (17/07/2023).

Tal como plantean los autores Kuras de Mauer y Resnizky (2020), la función de los acompañantes terapéuticos se centra en el encuentro con el otro, ofreciendo escucha ante la desolación y explorando lo que el sujeto necesita para implementar un abordaje terapéutico adecuado.

Esto se refleja en la experiencia de “J.D.”, quien encuentra en las actividades con los acompañantes terapéuticos una oportunidad para expresarse y recibir apoyo emocional. Ella expresa: *“Pude realizar actividades con mis compañeras y los de A.T., como me gusta dibujar pude expresarme en el papel, hay cosas que me gusta hablar con ellos, me ayudaron a no meterme en las peleas de mis compañeras y tomarlas como mías”* (24/07/2023).

Integrando los aportes de Russi (2023) y Kuras de Mauer y Resnizky (2020), se puede evidenciar cómo los acompañantes terapéuticos juegan un papel crucial en el tratamiento de “J.D.”, ya que su participación no solo aporta dinamismo y nuevas perspectivas al equipo interdisciplinario, sino que también proporciona un espacio de escucha y apoyo emocional. De esta manera las interacciones le permiten a “J.D.” expresar sus emociones, divertirse y encontrar un sentido de comprensión y comunidad, teniendo en cuenta que estos son elementos esenciales para su bienestar.

A su vez, se realiza otra indicación terapéutica desde su equipo tratante, ante la necesidad de realización de terapia familiar para “J.D.” y su familia, esta no fue tomada como parte del tratamiento ante su falta de compromiso y respuesta para su realización.

Entonces, ante el presente caso podemos inferir que la falta de participación de su familia en la terapia familiar representa una barrera significativa para su recuperación. Como ausencia de este componente terapéutico, se puede contribuir a un entorno familiar menos comprensivo y más conflictivo, lo que puede aumentar el riesgo de recaídas y la necesidad de reinternaciones. Ante la falta de compromiso de la familia de “J.D.” con la terapia familiar refiere la importancia de esta modalidad como una herramienta terapéutica esencial, la terapia familiar no solo apoya a la usuaria directamente, sino que también fortalece la red de apoyo que rodea a la usuaria, creando un entorno más estable. Sin esta intervención, el tratamiento de “J.D.” puede ser menos efectivo.

No obstante, la intervención de los acompañantes terapéuticos y la participación en actividades grupales han sido beneficiosas para “J.D.”, proporcionando un espacio para expresarse y recibir apoyo emocional. Pero se debe tener en cuenta que, sin el complemento de la terapia familiar, estos beneficios pueden ser limitados, ya que el entorno familiar sigue sin estar alineado con los objetivos terapéuticos.

Tomando en cuenta que la misma refiere tener intentos de suicidio y autolesiones, podrían ser interpretados como respuestas a su incapacidad para manejar pensamientos intrusivos y angustiosos, agravados por alucinaciones auditivas que la incitan a autolesionarse. Así, la interrupción de su educación secundaria afecta su autoestima y perspectivas futuras, añadiendo presión a su situación. Aunque las intervenciones terapéuticas han mostrado cierta mejoría con la medicación, los efectos son temporales y no completamente estables, indicando la necesidad de un entorno más comprensivo.

8.2.2 *Análisis de la usuaria “C.L.”*

Historia Clínica

Datos Personales

- Nombre: C. L.
- Sexo: Femenino.

- Edad actual: 22 años.
- Contacto de Emergencia: Madre.
- Situación Sentimental: En pareja sentimental con hombre sin convivencia.
- Escolaridad: Terminación de secundaria.

- **Reinternación 1: 05/06/23**

- **Edad: 22**

- **Motivo de Consulta:**

Derivado por familiares. Reincidencia en consumo problemático de sustancias psicoactivas sin lograr abstenerse del consumo. Conductas autolíticas tras conflicto con su pareja.

Historia Clínica Psicológica

- **Historia del Problema Actual:**

Síntomas: Consumo problemático de sustancias psicoactivas desde los 18 años, inicio con consumo de marihuana y luego cocaína, predominando el consumo de esta última, aumentando frecuencia y cantidad, llegando a consumir diariamente. Conductas autolíticas, ideación suicida, relaciones sociales exclusivas para el consumo de sustancias, conflictividad familiar, en especial con su madre, con quien tenía mala relación, confrontativa con los profesionales y poco colaboradora en las entrevistas.

- **Antecedentes Psiquiátricos:**

Antecedentes de abandono de medicación.

- **Historia Familiar:**

No hay antecedentes familiares de trastornos mentales.

Relaciones familiares y sociales conflictivas. Falta de comprensión por parte de su entorno.

Eventos traumáticos: no hay presencia de eventos traumáticos mencionados.

Evaluación del Estado Mental

La usuaria presenta una apariencia sin particularidades, poco arreglo personal, pero con cuidado de aseo y cuidados personales básicos, globalmente orientada en tiempo espacio y persona, memoria conservada con conciencia de enfermedad y de situación. Inestabilidad en su estado de ánimo, poca tolerancia a la frustración, irritable, hipobúlica, con poca participación en actividades comunes del internado, no despliega ideas delirantes ni alucinaciones.

Plan de Tratamiento

- **Intervenciones Terapéuticas:**

Terapia individual y grupal.

- **Medicamentos:**

Ajuste en la dosis de los psicofármacos prescritos y seguimiento regular.

- **Evolución y Seguimiento:**

Entrevistas con el psicólogo tres veces por semana y con el psiquiatra una vez por semana.

Monitoreo de cambios en el estado del usuario y ajustes en el tratamiento según sea necesario.

Dificultades en el proceso de evaluación ya que la misma no aceptaba una conducta colaborativa durante las entrevistas.

- **Consentimiento Informado:**

La usuaria reingresa voluntariamente por pedido exhaustivo de los familiares, ha sido informada sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, riesgos y beneficios. Se encuentra internada de manera voluntaria, bajo la autoridad de su madre y recomendación del equipo tratante.

- **Diagnóstico:**

F60.3 trastorno límite de la personalidad: Este trastorno se caracteriza por una tendencia marcada a actuar impulsivamente y sin consideración por las consecuencias, junto con una inestabilidad emocional. La característica predominante es la inestabilidad emocional y la falta de control de los impulsos. Las personas con este subtipo suelen tener explosiones de

violencia o comportamientos amenazantes, especialmente en respuesta a la crítica por parte de otras personas.

Se caracteriza por:

- Estallidos emocionales incontrolables.
- Dificultad para planificar a largo plazo.
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Relaciones interpersonales intensas y caóticas.
- Comportamientos impulsivos y potencialmente autodestructivos.

Y F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas: Este diagnóstico se utiliza cuando una persona presenta síntomas relacionados con el consumo de varias sustancias o drogas diferentes, o cuando la sustancia específica causante del trastorno no se puede identificar. Abarca una gama de condiciones que pueden incluir episodio de intoxicación aguda, caracterizado por un estado transitorio que sigue a la ingestión de sustancias, resultando en alteraciones en la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto o el comportamiento, así como otras funciones psicofisiológicas y respuestas.

- **Reinternación 2: 04/07/2023**

- **Edad:** 22 años.

- **Motivo de Consulta:**

Reingresa por intento de suicidio al querer tirarse del balcón de su casa, además de intento de fuga de su casa y heteroagresividad.

Historia Clínica Psicológica

- **Historia del Problema Actual:**

Predominan síntomas suicidas, inestabilidad emocional, confrontación e irritable, minimización del contexto a profesionales y compañeros, descalificación permanente hacia su entorno. Poca voluntad en participar de talleres, poco sociable, permanecía aislada en lugares comunes, negada a establecer conversaciones.

- **Antecedentes Psiquiátricos:**

Continuación del esquema farmacológico desde la internación anterior.

- **Historia Familiar:**

Persisten las dificultades en las relaciones sociales y familiares.

Evaluación del Estado Mental

La usuaria presenta una apariencia sin particularidades, globalmente orientada en tiempo espacio y persona, memoria conservada con conciencia de enfermedad y de situación. Inestabilidad en su estado de ánimo, poca tolerancia a la frustración, irritable, confrontativa, poco sociable, hipobúlica, con poca participación en actividades comunes del internado, no despliega ideas delirantes ni alucinaciones.

Plan de Tratamiento

- **Intervenciones Terapéuticas:**

Terapia individual.

Ajuste del esquema farmacológico.

- **Medicamentos:**

Prescripción de psicofármacos con ajuste en las dosis y seguimiento regular.

- **Evolución y Seguimiento:**

Entrevistas con el psicólogo tres veces por semana y con el psiquiatra una vez por semana.

Monitoreo de cambios en el estado del usuario y ajustes en el tratamiento según sea necesario.

- **Consentimiento Informado:**

Reingresa voluntariamente como consecuencia de la fuerte insistencia de su madre.

- **Diagnóstico:**

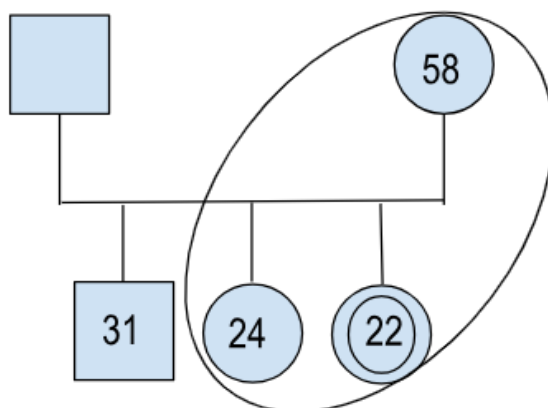
F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas: Este diagnóstico se caracteriza por la presencia de síntomas relacionados con el consumo de varias sustancias o drogas diferentes, o cuando la sustancia específica causante del trastorno no se puede identificar, abarca una serie de condiciones que pueden incluir la intoxicación aguda, como un estado transitorio que sigue a la ingestión de sustancias, resultando en alteraciones en la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto o el comportamiento, así como otras funciones psicofisiológicas y respuestas.

Y F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación: Este diagnóstico se utiliza cuando se reconoce la presencia de un trastorno de la personalidad, pero no se pueden determinar características específicas suficientes para asignar uno de los otros códigos más detallados de la categoría F60. Este diagnóstico se caracteriza por patrones persistentes de comportamiento, cognición y experiencia interna. Manifiestan patrones que son inflexibles y se presentan en muchas situaciones personales y sociales, causando malestar significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes.

- **Evolución del diagnóstico**

- **Reinternación 1:** La usuaria presenta una inestabilidad emocional significativa, uso problemático de sustancias, y conflictos familiares intensos. Poca participación en actividades terapéuticas y confrontación con profesionales.
- **Reinternación 2:** Persistencia de la inestabilidad emocional y el consumo problemático de sustancias. Intentos suicidas y heteroagresividad, con tendencia al aislamiento y resistencia a participar en terapias grupales.
- **Cambios observados:** Los síntomas de inestabilidad emocional y el uso problemático de sustancias persisten y parecen haberse agravado, especialmente con el aumento de conductas suicidas y heteroagresivas. También se evidencia la resistencia a la colaboración en el tratamiento, poca sociabilidad y preferencia por el aislamiento, lo que dificulta la participación en actividades grupales y terapéuticas. De esta manera, la evolución del caso de C.L. muestra una persistencia y agravamiento de los síntomas relacionados con el trastorno límite de la personalidad y el uso problemático de múltiples sustancias. La inestabilidad emocional, los intentos suicidas y la resistencia a colaborar en el tratamiento son los principales desafíos clínicos. Los conflictos familiares y la falta de apoyo comprensivo continúan afectando negativamente su estado mental.

- **Genograma familiar**



- **Desde la perspectiva sistémica, la interpretación del genograma describe:**

- **Componentes:**

Hombre (cuadrado): Situado en el extremo izquierdo.

Mujer (círculo) de 58 años: Situada en el extremo derecho.

Hombre (cuadrado) de 31 años: Conectado a la línea horizontal central.

Mujer (círculo) de 24 años: Conectada a la línea horizontal central.

Mujer (círculo) de 2 años: Conectada a la línea horizontal central, siendo el usuario que analizar.

- **Relaciones y Estructura:**

Hombre sin edad especificada y mujer de 58 años: Conectados horizontalmente en relación de pareja.

Mujeres de 24 y 22 años: Conectadas al hombre y a la mujer, lo que indica una relación filial (hijas). Hombre de 31 años conectado a la línea central lo que indica relación de hermandad.

Dentro de la dinámica familiar, la estructura indica una familia con dos adultos mayores y sus hijos, conformando una familia nucleada en torno a una figura parental, se podría referir a una alianza y convivencia entre la madre y sus dos hijas.

La relación con su madre parece ser conflictiva, con peleas frecuentes. Sin embargo, la madre sigue siendo una figura responsable en la vida de "C.L.", participando en su proceso de tratamiento e internación.

Teniendo en cuenta la relación con el padre, se podría inferir que es mala, aunque no se dan detalles específicos sobre la naturaleza de los conflictos, la falta de una relación positiva con el padre puede contribuir significativamente a la angustia de "C.L."

Por otro lado, la pareja es mencionada como un detonante importante para su angustia y conductas autolíticas, sugiriendo una relación tóxica que agrava su estado emocional y mental.

De esta manera, "C.L." asume el rol de "paciente identificado" en la familia, siendo el foco de atención debido a sus problemas de adicción y sus intentos de suicidio.

La misma parece experimentar una profunda sensación de incompreensión y aislamiento, lo que exacerba sus sentimientos de angustia y desesperanza.

El desempeño de su madre como rol de cuidadora, infiere un componente de conflictividad, intentando manejar la situación de "C.L.", a pesar de las dificultades y los enfrentamientos constantes. Su participación es activa en el proceso de tratamiento, lo que sugiere un intento de comprender y ayudar a su hija, aunque con escasa comprensión de la situación según el diagnóstico clínico.

Este genograma muestra una estructura familiar con dos adultos mayores y sus hijos, donde el entorno familiar se describe como disfuncional debido a los conflictos constantes y la inestabilidad de la usuaria, con conflictos constantes y poca estabilidad emocional, lo que contribuye al estrés y al malestar de esta.

De esta manera "C.L." ha sido diagnosticada con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y tiene un historial de consumo problemático de sustancias, según la usuaria, la comunicación en la familia parece ser deficiente y con confrontaciones permanentes.

- **Acontecimientos Vitales Estresantes:**

Se registra que "C.L." es adicta a la cocaína desde los 18 años, lo cual es un factor estresante significativo y afecta todas las áreas de su vida, incluyendo sus relaciones familiares y de pareja.

A su vez, ha tenido varios intentos de suicidio, incluyendo un intento por tirarse del balcón de su casa, lo que refleja un alto nivel de desesperación y angustia.

Dentro de la relación de pareja, está la describe como tóxica y es un detonante de sus conductas autolíticas y de su consumo de sustancias.

- **Evolución y Terapia:**

“C.L.” menciona los efectos de la medicación y su insatisfacción con el tratamiento en la institución, lo que sugiere una falta de adherencia y de beneficio percibido.

Hay intentos de involucrar a la psiquiatra y ajustar el tratamiento, pero esta se muestra confrontativa y a la defensiva.

Las internaciones son vistas por “C.L.” como ineficaces, ya que siente que no se trabaja en sus problemas y que la institución no le proporciona el apoyo necesario.

- **Contexto**

Dentro del contexto de “C.L.” resulta pertinente destacar que la misma expresa deseos de sobriedad y frustración por no poder mantenerla, lo que indica una lucha constante contra su adicción, también muestra interés en escribir y en tener relaciones más saludables, aunque se siente estancada y poco apoyada en su proceso de recuperación. Según la usuaria, se necesita un entorno más comprensivo y un tratamiento más ajustado a sus necesidades, con un enfoque en la terapia de adicciones y el manejo de TLP.

En relación con las conflictividades y vínculos disfuncionales con su pareja y familia, deben ser abordadas en el tratamiento para reducir los factores estresantes y mejorar la estabilidad emocional.

De esta manera, se infiere que, la dinámica familiar de “C.L.” muestra conflictos significativos con sus padres y pareja, roles de confrontación. En donde los acontecimientos vitales estresantes, como el consumo de sustancias y las conductas autolíticas pueden agravar su situación.

- **Análisis:**

Ante la descripción del caso de “C.L.”, se puede identificar los **factores de riesgo individuales** tomando en cuenta los componentes emocionales. La misma al expresar angustia y desesperación por su incapacidad para mantenerse sobria manifiesta las dificultades ante sus relaciones interpersonales. Esta refiere: *“nadie me entiende, me pasan muchas cosas, estoy angustiada por no poder cumplir con mi sobriedad”* (12/06/2023).

A su vez, presenta irritabilidad y poca tolerancia a la frustración, lo que refleja la confrontación con los profesionales del equipo tratante y familiares, también mediante la

expresión de aburrimiento y desinterés ante las actividades propuestas desde la institución: *“vuelvan a estudiar la carrera”, “hoy me voy, no se acuerdan de nada de lo que digo”* (16/0672023).

Dentro del caso, la usuaria también evidencia signos de desesperanza ante los intentos de suicidio y la percepción de falta de apoyo y comprensión.

Para profundizar en la importancia de las dificultades emocionales como factores de riesgo en la salud mental, desde los aportes de Hervás y Jódar (2008) se plantea la realización de un análisis exhaustivo sobre las deficiencias en la regulación emocional, abordando diversos trastornos psicológicos como el abuso de sustancias, la depresión, el trastorno de pánico, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada. Por lo tanto, ante sus hallazgos, se destaca una relación especialmente significativa entre estas dificultades y el trastorno límite de la personalidad, donde se observa una fuerte asociación entre la incapacidad para regular las emociones y la manifestación de conductas autolesivas, como es el caso de “C.L.”

Ante la escasa comunicación y predisposición de la usuaria durante las entrevistas, se pudo identificar las **circunstancias familiares**, ya que se encuentra una predominancia en los conflictos familiares y sociales. Por un lado, las relaciones con su madre y su padre son conflictivas, lo que contribuye a su estrés emocional. La falta de comprensión y apoyo por parte de la familia aumenta su sensación de desamparo.

La relación con su pareja se describe como tóxica, lo que desencadena conductas autolíticas y consumo problemático de sustancias, exacerbando su situación emocional.

Teniendo en cuenta esto, nos referimos a Aguilar (2012), el cual sugiere que las variables dentro del contexto familiar influyen en los patrones de comportamiento en la adultez, siendo un contexto de influencia incuestionable. De esta manera se menciona la interacción entre factores psicosociales en la familia, los cuales contribuyen al desarrollo de la personalidad y del comportamiento en la adultez, siendo la familia un contexto crucial para moldear estas conductas

Por lo tanto, ante la conflictividad presentada dentro de la institución con su equipo tratante, compañeros de sector y familia, podría inferir un patrón adquirido a lo largo de su vida, manteniendo las variables del contexto que influyen en su accionar, confrontativo como parte de su sintomatología psicopatológica.

El consumo de sustancias en el caso de “C.L.” se presenta como un factor de riesgo significativo que contribuye a su situación de salud mental, ya que, desde los 18 años, “C.L.” ha estado luchando contra un consumo problemático de sustancias psicoactivas, especialmente

cocaína. Este consumo frecuente y prolongado ha exacerbado sus problemas emocionales, contribuyendo a su diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y a sus conductas autodestructivas, como los intentos de suicidio mencionados en la historia clínica.

Por lo tanto, el consumo de sustancias no solo afecta la salud física de “C.L.”, sino que también influye en su estabilidad emocional y en sus relaciones interpersonales. La adicción a la cocaína ha generado conflictos familiares, en particular con su pareja y su madre, contribuyendo a un ambiente familiar tenso y disfuncional. Además, el consumo problemático de sustancias afectó su capacidad para participar en actividades diarias y su interacción con los profesionales de la salud mental durante su tratamiento.

Concluimos entonces, que este comportamiento solo agrava sus problemas y dificulta su proceso de recuperación, ya que, la adicción a la cocaína se convierte en un ciclo destructivo que perpetúa su sufrimiento emocional y sus dificultades en el funcionamiento diario.

El caso de “C.L.” está estrechamente relacionado con sus problemas emocionales, su diagnóstico de TLP y sus dificultades interpersonales, incluyendo su adicción a las drogas, los conflictos familiares y de pareja, junto con la falta de apoyo social, forman un entorno estresante que dificulta su recuperación y aumenta su vulnerabilidad emocional.

La descripción del caso de “C.L.” revela una compleja interacción entre sus factores emocionales, sus relaciones interpersonales y su consumo problemático de sustancias. Estos elementos se entrelazan para configurar un entorno estresante y desafiante que impacta profundamente en su salud mental y su bienestar emocional.

En relación con las **modalidades terapéuticas indicadas**, ante la falta de colaboración y predisposición de la usuaria, estas indicaciones no pudieron ser tomadas por la misma, por lo que se realizó durante la entrevista con su familiar la recomendación de una derivación a comunidad terapéutica ante su externación para continuar con su consumo problemático.

8.2.3. *Análisis del usuario “B.A.”*

Historia Clínica

Datos Personales

- Nombre: B. A.
- Edad Actual: 20 años.
- Sexo: Masculino.
- Estado civil: Soltero.
- Contacto de Emergencia: madre.
- Situación Sentimental: Soltero.
- Escolaridad: Secundaria completa.

- **Reinternación 1: 12/05/21**

- **Edad:** 20 años.

- **Motivo de Consulta:**

Reingresa por ideas de muerte, y consumo de sustancias.

Historia Clínica Psicológica

- **Historia del Problema Actual:**

Usuario que reingresa por ideaciones suicidas y síntomas depresivos desde hace aproximadamente un año y medio, que se acrecentaron en los últimos meses, llegando a presentar ideas tanáticas que motivaron su ingreso, refiere a consumo de sustancias desde el año 2018 en sus 17 años al finalizar el secundario, entre las sustancias utilizadas menciona éxtasis, LCD, anfetamina, popper, marihuana, alcohol y cocaína. No manifiesta tener una consciencia total de la enfermedad, minimizando riesgo y banalizando el consumo, sosteniendo la creencia de que puede controlarlo.

Manifiesta que los síntomas de malestar y el consumo de sustancias comenzaron cuando confeso la homosexualidad a su familia, principalmente por la poca contención y comprensión que recibió por parte de su madre.

- **Antecedentes Psiquiátricos:**

Tratamiento previo: abandono de psicofármacos por cuenta propia al encontrarse en un mejor estado anímico.

- **Historia Familiar:**

No hay antecedentes familiares de trastornos mentales.

Refiere tener conflictividad especialmente con su madre por la dificultad de aceptación en su orientación sexual.

Eventos traumáticos: no hay presencia de eventos traumáticos mencionados.

Evaluación del Estado Mental

El usuario se encontraba vigil, globalmente orientado en tiempo, espacio y persona, impresión a bajo peso, con escaso cuidado personal, manteniendo su higiene, autovalido, memoria conservada, poca conciencia de enfermedad, presenta tristeza con respecto a su ánimo, angustia, hipobulia, fatiga, disminución del apetito, ideas de desvalorización, ideas de ruina, ideas de muerte, habiendo motivado la ideación suicida que motivó su ingreso, sin ideas delirantes francas, sin alteraciones sensorio-perceptivas, juicio impresionado conservado.

Plan de Tratamiento

- **Intervenciones Terapéuticas:**

Terapia individual y derivación a comunidad terapéutica.

- **Medicamentos:**

Ajuste en la dosis de los psicofármacos prescritos y seguimiento regular.

- **Evolución y Seguimiento:**

Entrevistas con el psicólogo tres veces por semana y con el psiquiatra una vez por semana.

Monitoreo de cambios en el estado del usuario y ajustes en el tratamiento según sea necesario.

- **Consentimiento Informado:**

El usuario ha sido informado sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, riesgos y beneficios. Se encuentra internado de manera voluntaria en la institución.

- **Diagnóstico:**

F32 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: Este diagnóstico se utiliza para describir un episodio de depresión, que puede variar en gravedad. Presenta:

- Estado de ánimo extremadamente deprimido.
- Múltiples síntomas adicionales, que pueden incluir ideas de inutilidad y desesperanza intensas.
- Significativo deterioro en la vida diaria, sin la presencia de alucinaciones o delirios.

- **Reinternación 2: 04/09/23**

- **Edad:** 22 años.

- **Motivo de Consulta**

Reingresa por presente ideación tanática activa, angustia y recaída en consumo.

Historia Clínica Psicológica

- **Historia del Problema Actual:**

Usuario que reingresa por recaída en consumo de sustancias e interrupción del tratamiento, lo que provocó nuevamente el comienzo de los síntomas de tinte depresivo, y aumento de la frecuencia y cantidad de consumo, generando malestar general, especialmente en su estado de ánimo e ideas suicidas, e incapacidad de sostener abstinencia y tratamientos por lo que decidió reinternarse.

- **Antecedentes Psiquiátricos:**

Continuación del esquema farmacológico desde la internación anterior.

- **Historia Familiar:**

Continúa sin cambios respecto a la reinternación anterior, sin apoyo y contención de su madre, situación que genera mucha angustia en el paciente.

Evaluación del Estado Mental

El usuario se encontraba vigil, globalmente orientado en tiempo, espacio y persona, impresiona bajo peso, con escaso cuidado personal, manteniendo su higiene, autovalido, memoria conservada, presenta tristeza con respecto a su ánimo, angustia, hipobulia, fatiga, disminución del apetito, ideas de desvalorización, ideas de ruina, ideas de muerte, habiendo motivado la ideación suicida que motivó su reinternación, sin ideas delirantes francas, sin

alteraciones sensorio-perceptivas, presenta mayor conciencia de enfermedad respecto a la internación anterior mostrándose más receptivo al cambio y más adaptado a sus pares, juicio conservado.

Plan de Tratamiento

- **Intervenciones Terapéuticas:**

Terapia individual y familiar

Ajuste del esquema farmacológico.

Derivación a comunidad terapéutica ante su externación.

- **Medicamentos:**

Prescripción de psicofármacos con ajuste en las dosis y seguimiento regular.

- **Evolución y Seguimiento:**

Entrevistas con el psicólogo tres veces por semana y con el psiquiatra una vez por semana.

Monitoreo de cambios en el estado del usuario y ajustes en el tratamiento según sea necesario.

- **Consentimiento Informado:**

reingresa nuevamente con internación voluntaria.

- **Diagnóstico:**

F32 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: Este diagnóstico se utiliza para describir un episodio de depresión, que puede variar en gravedad. Presenta:

- Estado de ánimo extremadamente deprimido.
- Múltiples síntomas adicionales, que pueden incluir ideas de inutilidad y desesperanza intensas.
- Significativo deterioro en la vida diaria, sin la presencia de alucinaciones o delirios.

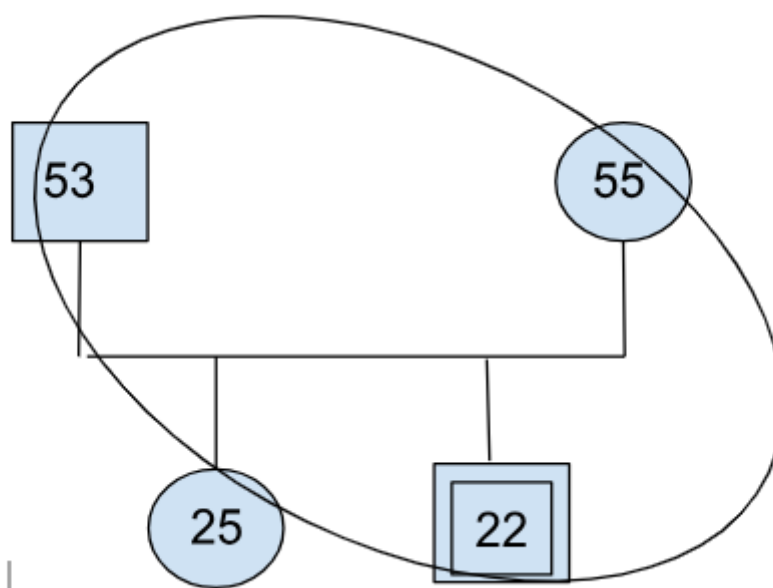
Y F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas: Este diagnóstico se utiliza cuando una persona presenta síntomas relacionados con el consumo de varias sustancias o drogas diferentes, o

cuando la sustancia específica causante del trastorno no se puede identificar. Puede manifestar una intoxicación aguda, caracterizada por un estado transitorio que sigue a la ingestión de sustancias, resultando en alteraciones en la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto o el comportamiento, así como otras funciones psicofisiológicas y respuestas.

- **Evolución del diagnóstico**

- **Reinternación 1:** En el usuario se evidencia que predomina una tristeza profunda, síntomas depresivos, ideación suicida, y consumo problemático de múltiples sustancias. Conflictos familiares, especialmente con la madre.
 - **Reinternación 2:** El usuario evidencia una persistencia de la depresión y el consumo problemático de sustancias. Recaída en síntomas depresivos y aumento de ideación suicida, con una leve mejoría en la conciencia de la enfermedad.
 - **Cambios Observados:** Los síntomas depresivos y el consumo de sustancias persisten y parecen haberse agravado con el tiempo, especialmente en términos de ideación suicida y angustia emocional, también la conciencia de la enfermedad ha mejorado ligeramente, mostrando mayor receptividad al tratamiento y adaptación a los pares.
- Se puede inferir que su evolución muestra una persistencia y agravamiento de los síntomas depresivos y del consumo problemático de múltiples sustancias. La ideación suicida y la falta de contención familiar, especialmente por parte de su madre, son los principales factores de riesgo que inciden en la reinternación.

- **Genograma familiar**



- Desde la perspectiva sistémica, la interpretación del genograma describe:

- **Componentes:**

Hombre (cuadrado) de 53 años: Situado en el extremo izquierdo.

Mujer (círculo) de 55 años: Situada en el extremo derecho.

Mujer (círculo) de 25 años: Conectada a la línea horizontal central.

Hombre (cuadrado) de 22 años: Conectado a la línea horizontal central, siendo el usuario por analizar.

- **Relaciones y Estructura:**

Hombre y mujer de 53 y 55 años: Conectados horizontalmente en relación de pareja.

Mujer de 25 años y hombre de 22 años: Conectados lo que indica una relación de hermandad.

Dentro de la dinámica familiar, la estructura indica una familia con dos adultos mayores y sus hijos, refiriendo una familia nucleada en torno a una figura parental.

Con respecto a la madre, parece haber sido un punto de inflexión importante que coincide con el inicio de sus problemas de consumo y síntomas de angustia, ya que, si bien se muestra preocupada y participando de los tratamientos, el usuario siente que no es comprendido ni aceptado por su condición sexual.

El padre también está involucrado, expresando preocupaciones específicas como la falta de apetito de su hijo, lo que sugiere un intento de monitorear y apoyar su bienestar físico y emocional.

El usuario "B.A." menciona que su grupo de amigos se fue disolviendo, lo que podría indicar una pérdida de red de apoyo social, aumentando su aislamiento y posiblemente contribuyendo a su malestar emocional.

Teniendo en cuenta los roles y las funciones en la vida de "B.A.", este asume el rol de "paciente identificado" en la familia, siendo el centro de preocupación debido a su consumo de sustancias y sus intentos de suicidio.

Relata experimentar una profunda sensación de estancamiento y dificultad para disfrutar de la vida sobrio, lo que refleja una lucha constante con su salud mental y adicciones.

Sus padres desempeñan roles de cuidadores y soporte, tratando de manejar la situación de "B.A.", aunque enfrentan desafíos debido a la complejidad de su condición.

Este genograma muestra una estructura familiar con dos adultos mayores y sus hijos, lo que sugiere una familia con dinámicas intergeneracionales, en donde "B.A." vive en un barrio con el acceso a drogas es fácil, lo que crea un entorno muy peligroso para alguien en recuperación. Este contexto complica su capacidad para mantenerse sobrio.

Este es diagnosticado con F32 (episodio depresivo) y F12 (uso nocivo de sustancias), que reflejan una combinación de depresión y consumo problemático de drogas, ambos factores interrelacionados que complican su tratamiento y recuperación.

- **Acontecimientos Vitales Estresantes:**

Ante la revelación de su homosexualidad a su madre parece haber sido un evento desencadenante significativo, coincidiendo con el inicio de su consumo de sustancias y síntomas de angustia.

De esta manera "B.A." relata que comenzó a consumir sustancias desde los 17 años, incluyendo éxtasis, LCD, anfetaminas, popper, marihuana, alcohol y cocaína. Este consumo intensivo y variado refleja un intento de autogestión de sus problemas emocionales y una búsqueda de escape.

Por otro lado, tuvo múltiples intentos de suicidio, lo que indica un alto nivel de desesperación y la percepción de la muerte como una salida normal para él.

- **Evolución y Terapia:**

La decisión de reinternarse voluntariamente sugiere un reconocimiento de su necesidad de ayuda y un deseo de cambiar.

Se menciona que dejó la medicación, lo cual podría haber contribuido a una recaída y aumento de su angustia y pensamientos suicidas.

Durante su internación, “B.A.” parece haber reflexionado sobre sus elecciones y vínculos, mostrando un deseo de reorganizar su vida y mejorar sus relaciones.

- **Contexto**

En el contexto de “B.A.” menciona estar angustiado y ansioso, con dificultades para disfrutar de la vida sobrio. Estas emociones negativas están claramente vinculadas a su consumo de sustancias y su entorno.

Aunque expresa ganas y se lleva reflexiones positivas de su internación, el desafío principal radica en mantener la sobriedad y encontrar formas saludables de lidiar con su angustia.

Ante esto, la familia parece estar presente y preocupada, aunque puede necesitar una mejor comprensión y estrategias para abordar la situación.

De esta manera, la dinámica familiar de “B.A.” muestra un entorno de apoyo, aunque con desafíos significativos debido a la complejidad de su condición y el contexto social peligroso en el que vive. Los roles de cuidado y preocupación están presentes en sus padres, pero la efectividad de este soporte es limitada por la gravedad de sus problemas de consumo y salud mental. Por lo tanto, ante los acontecimientos vitales estresantes, como la revelación de su homosexualidad y el fácil acceso a drogas, han jugado un papel crucial en su estado actual. Refiriéndonos a la evolución del tratamiento, esta ha sido complicada, con una lucha constante por mantener la sobriedad y manejar su angustia.

- **Análisis:**

En primer lugar, se puede ver en el caso de “B A”, desde los **factores de riesgo individuales** un gran componente emocional vinculado a su malestar general, este relata *“pensar la muerte como salida para mi es normal”, “estoy angustiado, todavía no puedo llorar”, “Estaba muy ansioso”* (05/09/2023), (referido al momento previo de su reinternación). Ante sus declaraciones y su incapacidad para expresar su angustia y ansiedad, se puede reflejar claramente la relevancia de las emociones en el estado del usuario internado, ya que, mediante las entrevistas individuales realizadas, terapias grupales y el apoyo de redes sociales, se podría

indagar en las razones detrás de estas reacciones, así como en los motivos que condujeron a su reinternación en la institución.

Ante la mención del usuario sobre el sentimiento de ansiedad y pensar la muerte como algo normal, se podría inferir que, ante la exacerbación y prolongación intensa de dicho malestar, según Cano Vindel (2010), conlleva a la formación de una psicopatología y precursora de trastornos mentales, como es el caso, utilizando las drogas como posibles medios de escape de su realidad, que a largo plazo sería la presente causa de reinternación.

Podemos observar, que, en una parte significativa del material analizado, se destaca las dificultades emocionales como factores de riesgo que contribuyen a la reinternación del usuario mencionado. Si bien, no se menciona explícitamente que las dificultades emocionales sean la causa directa de la reinternación, se puede inferir que, el componente emocional y su manifestación posterior pueden desencadenar las conductas perjudiciales.

En consecuencia, a los factores emocionales, podemos ver como este se encuentra ligado a las **circunstancias familiares** como factores contribuyentes a sus reinternación. “B. A.”, plantea que los problemas familiares surgen en relación con su orientación e identidad sexual, teniendo en cuenta que esta falta de comprensión y aceptación por parte de su familia puede generar conflictos significativos y tensiones emocionales. La discrepancia entre las creencias y valores familiares y la identidad de género crea un ambiente difícil para él en el seno familiar, lo que puede contribuir a su malestar emocional y afectar su salud mental.

En los registros de la historia clínica de “B A” refiere dentro del motivo de consulta que su sintomatología comienza al revelar a su madre su homosexualidad. Este acto de revelación desencadena una reacción negativa por parte de su madre, lo que probablemente causa angustia y tensión en la relación familiar. De esta manera, ante la falta de aceptación por parte de la madre y la posible incomodidad o rechazo, se puede inferir en la contribución del deterioro de la salud mental y haber sido un factor desencadenante.

Ante la conflictividad familiar, se podría vincular de manera estrecha la angustia con la falta de aceptación y comprensión de la orientación e identidad sexual por parte de sus familias, exacerbando sus síntomas y dificultando su capacidad para manejar sus identidades sexuales libremente.

Otra circunstancia a tener en cuenta es la **circunstancia socioeconómica**, esto lo podemos ver cuando el usuario “B A”, refiere: *"En mi barrio es muy fácil acceder a drogas, en cada esquina te venden, es muy peligroso cuando estoy sobrio"* (05/09/2023), esto se relaciona con el análisis realizado por Bones Rocha (2010) sobre las condiciones socioeconómicas y los problemas de salud mental. Según este análisis, las personas que viven en entornos con

condiciones socioeconómicas desfavorables, como barrios donde el acceso a drogas es fácil y común, tienen una mayor incidencia de problemas de salud mental, la facilidad para acceder a drogas en el barrio puede indicar un entorno social donde el apoyo y los recursos para afrontar los problemas pueden ser limitados o inexistentes.

Dentro de la entrevista de “B A”, este menciona: *“Estaba muy ansioso, estaba haciendo un curso de dj, y estudiaba sistemas, estancado en la rutina”*, (05/09/2023), las menciones del usuario describen sentimientos de ansiedad y una sensación de estancamiento en la rutina a pesar de estar involucrado en un curso de DJ y estudiando sistemas, lo que sugiere una interacción entre las dificultades educativas y la salud mental.

Ante la sensación de estar "estancado en la rutina" se puede traducir en un indicador de falta de satisfacción personal o de progreso dentro de las **circunstancias educativas** o profesionales, lo que puede generar estrés y ansiedad, esto nos permite reflexionar sobre un sujeto, que al encontrarse frente a una psicopatología puede enfrentar dificultades significativas en el ámbito educativo. Por un lado, la psicopatología misma puede manifestarse en síntomas que interfieren con el rendimiento académico, como dificultades de concentración, falta de motivación o problemas de memoria. También, las dificultades educativas pueden actuar como un síntoma de malestar psíquico, reflejando la incapacidad del individuo para funcionar efectivamente en entornos educativos debido a su salud mental afectada.

Por lo tanto, esta interacción entre la psicopatología y las dificultades educativas puede generar un ciclo negativo, donde el malestar impacta negativamente en el rendimiento académico, y a su vez, el fracaso o las dificultades en el ámbito educativo pueden exacerbar el malestar psicológico del sujeto. Esta dinámica puede aumentar la vulnerabilidad del individuo a recaídas y reinternaciones en servicios de salud mental, ya que las dificultades educativas pueden ser un factor de riesgo que contribuye a la perpetuación de su malestar psíquico.

Además, se debe tener en cuenta el factor contextual dentro de lo socioeconómico, cuando el usuario relata que al realizar el curso de D.J., el ambiente puede ser perjudicial a la hora de sobrellevar la abstinencia ante su adicción.

En torno a las **circunstancias laborales**, “B.A.” refiere: *“tengo presión con respecto al trabajo, siento que no puedo con todo, voy a explotar, tengo mucha angustia y en el trabajo no rindo bien, me siento un inútil con todas las cosas que tengo que hacer y no puedo, lo necesito, pero me cuesta mantenerlo”* (05/09/2023). Aquí se destaca que el estrés laboral puede causar diversos problemas emocionales, psíquicos y físicos, tales como preocupación excesiva, dificultad para concentrarse, sensación de falta de control, y trastornos psicológicos como ansiedad y depresión. La descripción de “B.A.” sobre sentir presión, angustia y no rendir bien

en el trabajo se alinea directamente con estos efectos negativos del estrés laboral mencionados por Martínez.

La experiencia de “B.A.” refleja una falta de equilibrio, evidenciando cómo un entorno laboral estresante y desbalanceado puede llevar a un deterioro de la salud mental.

Castañeda (2017) aborda cómo el bienestar en el trabajo está vinculado a la calidad de vida general del individuo, afectando su entorno familiar y social. La angustia de “B.A.” y su percepción de inutilidad indican cómo los problemas laborales pueden influir negativamente en la autoestima y las relaciones personales.

Aunque la situación de “B.A.” refiere al ámbito laboral, la dependencia emocional y el consumo de sustancias reflejan patrones disfuncionales que Campos identifica como factores de riesgo significativos. La presión laboral y la falta de apoyo social pueden haber contribuido a estos problemas, exacerbando su situación de consumo.

Ante los factores mencionados, se podría inferir aquellos que poseen una mayor repercusión al hablar de sus reinternaciones, por lo que mencionamos el contexto ambiental de exposición a las drogas y la conflictividad con su madre por la falta de aceptación de su orientación sexual.

Dentro de las **modalidades terapéuticas**, al usuario se le indica la realización de terapia familiar por dentro de la internación y su posterior continuación ante la externación del mismo, ante esto el sujeto refiere: *“en terapia pudimos sacar muchas cosas a la luz, todavía no hablamos de como tomo mi mamá mi orientación sexual, pero lo vamos a hacer en las siguientes sesiones, creo que nos va a ayudar mucho, por lo menos nos da un espacio para hablar de lo que nos molesta”* (20/09/2023). Esta cita resuena profundamente con las ideas propuestas por Espina y Pumar (1996). Según estos autores, la familia se configura como un sistema en el que se intercambian mensajes verbales y no verbales, y se establecen límites, reglas y dinámicas de comunicación que influyen en todos sus miembros. Cada sujeto dentro de este sistema porta su propia experiencia y circunstancias, que pueden afectar positiva o negativamente a los demás, enfatizan que las terapias familiares son una herramienta eficaz para abordar y estabilizar una variedad de problemas, desde trastornos de la conducta alimentaria hasta abusos y maltratos intrafamiliares, así como conflictos filiales y otros problemas de salud mental. Este tipo de intervención tiene como objetivo mejorar la comunicación, la comprensión y el apoyo mutuo entre los miembros de la familia. En el caso del usuario, la terapia ofrece un espacio seguro y estructurado para discutir temas difíciles, como su orientación sexual y la reacción de su madre, facilitando un diálogo que de otro modo podría ser muy conflictivo o evitado.

La terapia familiar, según Espina y Pumar, no solo aborda los problemas individuales, sino que también trabaja en las dinámicas relacionales y comunicativas de la familia, ayudando a establecer un entorno más saludable y comprensivo. En este contexto, la terapia sirve como un medio para que “B.A.” y su familia aborden sus problemas de manera conjunta, promoviendo cambios dinámicos en sus relaciones y mejorando su capacidad para manejar desafíos futuros.

8.2.5 *Análisis de la usuaria “C.S.”*

Historia Clínica

Datos Personales

- Nombre: C. S.
- Edad Actual: 20 años.
- Sexo: Femenino.
- Estado civil: Soltera.
- Contacto de Emergencia: abuela.
- Situación Sentimental: Soltera.
- Escolaridad: estudios secundarios completos.

- **Reinternación 1: 18/07/2023**

- **Edad:** 20 años.

- **Motivo de Consulta:**

Usuario que reingresa por ideación tanática, abandono de tratamiento, alucinaciones e ideas delirantes.

Historia Clínica Psicológica

- **Historia del Problema Actual:**

Refiere haber abandonado el tratamiento farmacológico y psicológico hace dos meses, esto sucedió luego de una discusión con su madre.

Actualmente convive con su abuela, debido a que manifestó que su padre abusó de ella durante la infancia sin especificar la edad, ni otorgar detalles de lo sucedido, refiere que su madre no le creyó, por lo que decidió mudarse con sus abuelos.

Al haber abandonado el tratamiento, la usuaria comienza con recaída de síntomas, con períodos de síntomas de tipo depresivos, inestabilidad emocional, irritabilidad, impulsividad, autolesiones, consumo de sustancias, ideas recurrentes de muerte y suicidio, alucinaciones auditivas y visuales e ideas delirantes.

Durante la entrevista expresa angustia, llanto espontáneo y discurso circunstancial.

Posee historial de restricción de alimentos y vómitos autoprovocados *“no quiero subir de peso”*

- **Antecedentes Psiquiátricos:**

Tratamiento previo: abandono de psicofármacos por cuenta propia.

- **Historia Familiar:**

Falta de contención familiar, padre ausente, actualmente preso por denuncia de violación hacia su hija y madre no contenedora, niega la situación de violación de su hija a pesar de haber sido sentenciado por la justicia.

Actualmente la usuaria se encuentra a cargo de su abuela paterna.

Evaluación del Estado Mental

La usuaria se presentaba vigil, impresión a poco aseo y arreglo personal, impresión a bajo peso, globalmente orientada, sin conciencia de enfermedad, memoria conservada, ánimo inestable, impulsividad aumentada, baja tolerancia de frustración, preocupación recurrente respecto a la imagen corporal con temor a aumentar de peso y restringiendo la ingesta y provocando vómitos como conducta purgativa, ideas delirantes poco específicas, alucinaciones visuales en relación a la violencia acontecida: *“me cuesta expresarme así que escribo, escucho voces que dicen que me mate, veo criaturas deformadas que me quieren hacer daño, veo abusadores, me cuesta distinguir la realidad. Fui abusada de chica”*.

Plan de Tratamiento

- **Intervenciones Terapéuticas:**

Terapia individual.

- **Medicamentos:**

Ajuste en la dosis de los psicofármacos prescritos y seguimiento regular.

- **Evolución y Seguimiento:**

Entrevistas con el psicólogo tres veces por semana y con el psiquiatra una vez por semana.

Monitoreo de cambios en el estado de la usuaria y ajustes en el tratamiento según sea necesario.

- **Consentimiento Informado:**

La usuaria ha sido informada sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, riesgos y beneficios. Se encuentra internado de manera voluntaria en la institución.

- **Diagnóstico:**

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos: Este diagnóstico incluye los trastornos esquizoafectivos que no encajan específicamente en las subcategorías principales de trastorno esquizoafectivo tipo maníaco (F25.0) o tipo depresivo (F25.1). Los trastornos esquizoafectivos se caracterizan por la presencia simultánea de síntomas de esquizofrenia (como delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado) y trastornos del estado de ánimo (como episodios depresivos mayores o maníacos).

Síntomas Psicóticos:

- Delirios
- Alucinaciones
- Pensamiento desorganizado
- Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico

Síntomas del Estado de Ánimo:

- Episodios de manía: Elevado estado de ánimo, aumento de energía, grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, comportamiento impulsivo.
- Episodios depresivos: Estado de ánimo bajo, pérdida de interés en actividades, cambios en el apetito y el sueño, sentimientos de culpa o inutilidad, pensamientos de muerte o suicidio.

Duración y Curso:

- Los síntomas de la esquizofrenia y del trastorno del estado de ánimo están presentes en el mismo episodio de la enfermedad.
- No debe haber períodos sustanciales en los que los síntomas psicóticos ocurran sin los síntomas del estado de ánimo y viceversa.

Y F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación: Este diagnóstico se utiliza cuando se reconoce la presencia de un trastorno de la personalidad, pero no se pueden determinar características específicas suficientes para asignar uno de los otros códigos más detallados de la categoría, se caracteriza por patrones persistentes de comportamiento, cognición y experiencia interna que se desvían significativamente de las expectativas de la cultura. Estos patrones son inflexibles y se manifiestan en muchas situaciones personales y sociales, causando malestar significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes.

- **Reinternación 2: 09/11/2023**

- **Edad:** 20 años.

- **Motivo de Consulta:**

Usuaría que reingresa por recaída en consumo de sustancias psicoactivas, pensamientos suicidas y brote psicótico.

Historia Clínica Psicológica

- **Historia del Problema Actual:**

La usuaria reingresa en mal estado general, por intoxicación con sustancias psicoactivas, es traída por su abuela bajo efectos de las sustancias.

Usuaría que continúa con sintomatología similar a la internación anterior, inestabilidad en el ánimo, autoagresividad, consumo de sustancias poniendo en riesgo su vida, mucha conflictividad familiar: *“Yo no tengo espacio donde viven mis padres. Vivo debajo de un negocio, ya no quiero vivir con mi abuela. Actualmente estoy castigada por regresar borracha y drogada y castigada durante un mes ”*. Ideas delirantes y alucinaciones similares a la internación anterior.

- **Antecedentes Psiquiátricos:**

Continuación del esquema farmacológico desde la internación anterior.

- **Historia Familiar:**

Continúa con dificultades familiares y residenciales.

Evaluación del Estado Mental

La usuaria presenta evaluación del estado mental similar a la internación anterior, sin presentar ningún cambio, se presentaba vigil, impresión a poco aseo y arreglo personal, impresión a bajo peso, globalmente orientada, sin conciencia de enfermedad, memoria conservada, ánimo inestable, impulsividad aumentada, baja tolerancia de frustración, preocupación recurrente respecto a la imagen corporal con temor a aumentar de peso y restringiendo la ingesta y provocando vómitos como conducta purgativa, ideas delirantes poco específicas, alucinaciones visuales en relación a la violencia acontecida.

Plan de Tratamiento

- **Intervenciones Terapéuticas:**

Terapia individual.

Ajuste del esquema farmacológico.

- **Medicamentos:**

Prescripción de psicofármacos con ajuste en las dosis y seguimiento regular.

- **Evolución y Seguimiento:**

Entrevistas con el psicólogo tres veces por semana y con el psiquiatra una vez por semana.

Monitoreo de cambios en el estado de la usuaria y ajustes en el tratamiento según sea necesario.

- **Consentimiento Informado:**

Reingresa nuevamente con internación voluntaria.

- **Diagnóstico:**

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación: Este diagnóstico se utiliza cuando se reconoce la presencia de un trastorno de la personalidad, pero no se pueden determinar características específicas suficientes para asignar uno de los otros códigos más detallados de la categoría, se caracteriza por patrones persistentes de comportamiento, cognición y experiencia interna que se desvían significativamente de las expectativas de la cultura. Estos patrones son inflexibles y se manifiestan en muchas situaciones personales y sociales, causando malestar significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes.

Y F50 trastorno de la conducta alimentaria: Este grupo de diagnósticos abarca una variedad de trastornos relacionados con el comportamiento alimentario y el control del peso, que pueden tener graves consecuencias para la salud física y mental.

Este grupo incluye trastornos caracterizados por alteraciones graves en la conducta alimentaria y en el control del peso. Estos trastornos pueden involucrar una ingesta excesiva de alimentos o una ingesta insuficiente y comportamientos compensatorios como el vómito autoinducido, el uso de laxantes, el ejercicio excesivo, etc.

- **Evolución del diagnóstico**

- **Reinternación 1:** Se presenta con inestabilidad emocional, ideación suicida, alucinaciones y delirios, problemas alimentarios.
- **Reinternación 2:** Se encuentra con persistencia y agravamiento de los síntomas psicóticos, ideación suicida, consumo de sustancias, problemas alimentarios.
- **Cambios Observados:** Los síntomas psicóticos y de trastorno del estado de ánimo persisten y parecen haberse agravado con el tiempo, especialmente en términos de alucinaciones y delirios. La ideación suicida y el consumo de sustancias también han persistido y empeorado.

Se infiere que la evolución del caso muestra una persistencia y agravamiento de los síntomas psicóticos, depresivos y del consumo problemático de sustancias, la ideación suicida, la inestabilidad emocional y los problemas alimentarios son los principales desafíos clínicos.

- **Genograma familiar**

emocional y apoyo adecuado por parte de los padres ha llevado a “C.S.” a buscar refugio en sus abuelos paternos. La abuela paterna se encarga de “C.S.” actualmente, pero la situación no es ideal, ya que la abuela manifiesta dificultades para manejar el comportamiento y las necesidades de esta.

Teniendo en cuenta los roles y las funciones de la dinámica familiar en “C.S.” se puede inferir que esta es el foco de las preocupaciones familiares debido a su salud mental y comportamientos autodestructivos.

Dentro de la figura paterna en la vida de la usuaria se podría inferir que su rol está ausente, ya que es una figura abusadora, actualmente en la cárcel, contribuyendo significativamente al trauma y desestabilización emocional de la misma.

Desde el rol materno, su madre es una figura ausente y negligente, no creyendo en los abusos que sufrió su hija, lo que agrava el sentimiento de desamparo.

De esta manera los abuelos pasan a asumir el rol de cuidadores primarios, especialmente la abuela, aunque con limitaciones para proporcionar un entorno completamente seguro y estable.

Desde el contexto y análisis de la usuaria “C.S.” podemos concluir que se encuentra en un contexto de inestabilidad emocional ante la ausencia de un soporte familiar adecuado, junto con un historial de abuso y consumo de sustancias, han contribuido a su situación actual. En consecuencia, el entorno familiar es caótico, con relaciones dañadas y falta de contención emocional.

- **Acontecimientos Vitales Estresantes:**

Se constata historial de abuso sexual, lo que ha generado traumas profundos y desconfianza en las figuras de autoridad.

En relación con el consumo de sustancias, el uso de alcohol y marihuana para enfrentar el estrés y el trauma, la ha llevado a episodios de abstinencia y complicaciones psiquiátricas.

A causa de esto, las internaciones recurrentes indican un patrón de recaídas y falta de adherencia al tratamiento, lo que exacerba su estado mental.

Por último, la usuaria manifiesta relaciones conflictivas con los padres y las figuras abusivas en su vida, incrementando su sensación de inseguridad y vulnerabilidad.

- **Evolución y Terapia:**

A lo largo de las entrevistas, se observa una fluctuación en el estado emocional y mental de “C.S.” En primer lugar, se muestra confusa y con una percepción alterada de la realidad,

pero hay momentos de lucidez y aspiraciones de futuro (interés en danza y teatro). Ante su evolución se podría decir que se caracteriza por recaídas y episodios de abstinencia, indicando la necesidad de un tratamiento continuo y estructurado.

Se toma en cuenta que específicamente la indicación de la realización de terapia familiar es crucial para abordar las relaciones disfuncionales y fomentar un entorno más seguro y de apoyo, ya que se podría involucrar a los abuelos, madre (si es posible) y otras figuras significativas en la vida de la usuaria.

En relación con la medicación antipsicótica y estabilizadores del ánimo, se requiere la toma adecuada y supervisada por las figuras familiares a cargo, para controlar los síntomas psicóticos y la impulsividad.

- **Contexto**

La usuaria “C.S.” requiere un ambiente estable y seguro para su recuperación, pero ante la falta de espacio y recursos por parte de la abuela y las tensiones con los padres, hacen que su situación sea precaria y poco estabilizadora.

- **Análisis:**

Dentro de los **factores de riesgo individuales** para tener en cuenta, nos encontramos con las dificultades emocionales como factor de riesgo individual en el caso de “C S”, donde menciona: *“me cuesta expresarme así que escribo, escucho voces que dicen que me mate, veo criaturas deformadas que me quieren hacer daño, veo abusadores, me cuesta distinguir la realidad. Fui abusada de chica y ahora, consumo mucho porro también”* (26/07/2023). En la mención proporcionada, se puede observar una compleja interacción entre varios factores que incluyen la psicosis, las emociones y experiencias pasadas traumáticas.

Por un lado, las alucinaciones auditivas y visuales descritas, así como la dificultad para distinguir la realidad, son indicadores comunes dentro de un cuadro psicótico, ya que se toma en cuenta las voces que incitan al suicidio y la percepción de criaturas deformadas y abusadores, lo que sugiere una alteración significativa en la percepción de la realidad, característica de los episodios psicóticos.

Por otro lado, se menciona a las emociones, que juegan un papel crucial en este contexto, ya que la angustia emocional y el miedo experimentados por la usuaria al enfrentarse a estas alucinaciones y distorsiones perceptivas son evidentes. Además, el hecho de que refiera haber sido abusada en el pasado agrega otra capa de complejidad emocional, ya que los traumas pasados pueden influir en la manifestación de síntomas psicóticos y emocionales presentes.

Otra característica para tener en cuenta es la falta de apoyo emocional y la exposición a situaciones traumáticas, pueden llevar a "C S" a recurrir a las drogas como una forma de escapar de su realidad. De esta manera, el consumo de drogas puede deteriorar aún más su salud mental, haciendo más probable la aparición de síntomas graves que requieran reinternaciones.

Desde las **circunstancias familiares** como factores de riesgo que predisponen las reinternaciones de los usuarios, en este caso, "C S" revela una compleja interacción entre sus circunstancias familiares y su sintomatología actual, que incluye recaídas en el consumo de sustancias y pensamientos suicidas. Esto lo podemos ver dentro de la descripción de su historia clínica, ya que se destaca una problemática familiar que podría influir en su situación actual. Dentro de esta se describe que la usuaria reside con su abuela paterna debido a que su padre está encarcelado por abuso hacia ella. Esta situación familiar es especialmente delicada, ya que implica un entorno donde la confianza y la seguridad se ven comprometidas, lo que podría generar estrés emocional y trauma. De modo que, su madre, ausente en su vida, no ha respaldado su relato de abuso por parte del padre, lo que agrega una complejidad más a su historia de conflicto y falta de apoyo en su entorno familiar.

Por consiguiente, se infiere que estas circunstancias familiares, marcadas por la ausencia de figuras parentales estables y el trauma relacionado con el abuso, pueden actuar como factores de riesgo significativos para la salud mental. A saber, que la falta de apoyo emocional y la percepción de desconfianza por parte de su madre pueden contribuir a su vulnerabilidad emocional y a la aparición de síntomas como el consumo de sustancias y los pensamientos suicidas

Dentro de las entrevistas, la usuaria menciona: *"Hace 4 días que no veo ni escucho nada. 'Sin tacto no están'. Ahora son pensamientos. Quiero retomar danza y teatro, me renacen las ganas, sueño en ser actriz"* (02/08/2023), nos ofrece una perspectiva valiosa para explorar cómo los factores educativos, sociales, contextuales y psicofarmacológicos influyen en su estado mental y proceso de recuperación.

Según lo proporcionado por la usuaria, podemos notar un contexto valioso para explorar la interacción entre factores educativos, sociales, contextuales y psicofarmacológicos. A la luz de las ideas presentadas por Diez (2021) y Heras y Polaino-Lorente (1990), es posible entender cómo estos factores se interrelacionan y afectan la salud mental de la usuaria.

Diez (2021), menciona que el fracaso en los estudios y la desmoralización académica son factores de riesgo significativos que pueden influir negativamente en una persona, contribuyendo al desarrollo de una psicopatología. En el caso de la usuaria, desde las **circunstancias educacionales**, el deseo de retomar actividades como la danza y el teatro sugiere

un intento de superar estos sentimientos de fracaso y desmoralización. Podemos notar, como ante la voluntad de regresar a la danza y el teatro, son actitudes que pueden ser vistas como un esfuerzo para reconectar con intereses personales y restaurar un sentido de propósito y motivación.

Según los aportes de Diez, lo que la usuaria refiere refleja una lucha interna, donde la renovación de ganas y sueños indica un proceso de reconstrucción de la autoestima y resiliencia.

De esta manera, retomando los aportes de los autores Heras y Polaino-Lorente (1990), se relaciona el fracaso escolar con un intenso sentimiento de frustración, culpa y repercusiones en la autoestima, teniendo en cuenta que estos sentimientos pueden desencadenar trastornos psicopatológicos como la depresión y conductas suicidas.

Es notorio que el deseo de la usuaria de participar en actividades artísticas puede ser interpretado como una estrategia para manejar la frustración y mejorar su autoestima, lo que podrían ser vistos como aspectos cruciales señalados por Heras y Polaino-Lorente.

También, cabe destacar que el comentario de la usuaria sobre no ver ni escuchar nada durante cuatro días sugiere un cambio en su estado perceptual posiblemente relacionado con tratamiento psicofarmacológico administrado.

En síntesis, junto con el consumo problemático de sustancias psicoactivas, se podría exacerbar los síntomas dentro de la usuaria vulnerada, ya que una persona con predisposición a la psicosis, el consumo de drogas puede intensificar las alucinaciones y la paranoia, contribuyendo a la incapacidad de distinguir la realidad. También se incluye la falta de apoyo y la presencia de un entorno familiar disfuncional como potenciadores de la psicosis de "C S". Por lo tanto, inferimos que la percepción de falta de seguridad y apoyo emocional en su entorno inmediato puede aumentar la frecuencia y la intensidad de sus alucinaciones y delirios.

8.2.6 *Análisis del usuario "P.M."*

Historia Clínica

Datos Personales

- Nombre: P. M.
- Edad actual: 21 años

- Sexo: masculino.
- Estado civil: soltero.
- Contacto de Emergencia: padre.
- Situación Sentimental: Sin mención.
- Escolaridad: Secundaria finalizada.

- **Reinternación 1: 01/10/2023**

- **Edad:** 21 años.

- **Motivo de Consulta:**

El usuario reingresa debido a una recaída en el consumo de sustancias e ideación suicida.

Historia Clínica Psicológica

- **Historia del Problema Actual:**

Síntomas: Usuario que reingresa acompañado por su padre, por recaer en consumo de sustancias tras haber intentado un tratamiento ambulatorio sin poder lograr la abstinencia, refiere que consume de manera automática sin pensar lo que hace, consume principalmente cocaína, alcohol y marihuana, refiere ser una persona impulsiva, manifiesta trastornos de sueño como insomnio, muchos deseos de consumo (craving +), refiere síntomas de ansiedad, angustia, tristeza y frustración especialmente cuando se encuentra en conflictos con su familia. Los síntomas depresivos se acrecentaron llegando a presentar estas últimas semanas ideas de suicidio francas.

Refiere que los problemas con su familia son especialmente relacionados al consumo. Se muestra con deseos de dejar de consumir, ya que se arrepiente de la forma en que lo hace al no poder controlarse y tener problemas para poder trabajar, estudiar y relacionarse con su familia.

- **Antecedentes Psiquiátricos:**

Abandono de comunidad terapéutica.

- **Historia Familiar:**

Padres separados, mala relación con madre y hermana, padre con antecedente psiquiátrico bajo medicación, desconoce cuál es el diagnóstico y los medicamentos que toma, manifiesta dificultades en la comunicación intrafamiliar.

Evaluación del Estado Mental

El usuario se encontraba vigil, globalmente orientado, poca conciencia de enfermedad, memoria conservada, pensamiento de tinte depresivo con ideas de ruina, de muerte y suicidio, sin alteraciones sensorio-perceptivas, ánimo deprimido con angustia, tristeza, desvalorización, ansioso, irritable, poca tolerancia a la frustración, hipobulia, juicio impresionado conservado.

Plan de Tratamiento

- **Intervenciones Terapéuticas:**

Terapia individual y derivación a comunidad terapéutica.

- **Medicamentos:**

Ajuste en la dosis de los psicofármacos prescritos y seguimiento regular.

- **Evolución y Seguimiento:**

Entrevistas con el psicólogo tres veces por semana y con el psiquiatra una vez por semana.

Monitoreo de cambios en el estado del usuario y ajustes en el tratamiento según sea necesario.

- **Consentimiento Informado:**

El usuario ha sido informado sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, riesgos y beneficios. Se encuentra internado de manera voluntaria en la institución.

- **Diagnóstico:**

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas: Este diagnóstico se utiliza cuando una persona presenta síntomas relacionados con el consumo de varias sustancias o drogas diferentes, o cuando la sustancia específica causante del trastorno no se puede identificar. Puede incluir la intoxicación aguda, caracterizada como un estado transitorio que sigue a la ingestión de

sustancias, resultando en alteraciones en la conciencia, la cognición, la percepción, el afecto o el comportamiento, así como otras funciones psicofisiológicas y respuestas.

- **Reinternación 2: 01/11/2023**

- **Edad:** 22 años.

- **Motivo de Consulta:**

El usuario reingresa con recaída en consumo problemático asociado a episodio de heteroagresividad física contra su padre y tentativa de homicidio.

Historia Clínica Psicológica

- **Historia del Problema Actual:**

Usuario que reingresa llega derivado de otro hospital debido a que bajo efectos de sustancias psicoactivas presentó un episodio de heteroagresividad grave con ideas delirantes, e intento de homicidio a su padre, intentando lesionarlo con una katana con intención de suicidarse posteriormente.

Síntomas: Insomnio, deseos compulsivos de consumo (Craving +), sentimientos de culpa y arrepentimiento, pensamientos tipo delirantes, rumiantes recurrentes de muerte hacia sus progenitores y refiere: *“salvar a mi padre de mi sufrimiento actual”*.

- **Antecedentes Psiquiátricos:**

Continuación del esquema farmacológico desde la internación anterior.

- **Historia Familiar:**

Continúa referenciando la conflictividad familiar con todos los miembros de la familia.

Evaluación del Estado Mental

El usuario se encuentra vigil, globalmente orientado, sin conciencia de enfermedad, ideas delirantes tipo paranoides e ideas de homicidio para con su padre, ideas suicidas, ánimo deprimido con angustia tristeza, ideas de culpa, de ruina, impulsividad aumentada, baja tolerancia a la frustración, memoria disminuida, refiere no acordarse lo que sucedió en ese momento debido a haber estado bajo efectos de la droga.

Plan de Tratamiento

- **Intervenciones Terapéuticas:**

Terapia individual y familiar.

Ajuste del esquema farmacológico.

Posterior a su externación derivación a comunidad terapéutica.

- **Medicamentos:**

Prescripción de psicofármacos con ajuste en las dosis y seguimiento regular.

- **Evolución y Seguimiento:**

Entrevistas con el psicólogo tres veces por semana y con el psiquiatra una vez por semana.

Monitoreo de cambios en el estado del usuario y ajustes en el tratamiento según sea necesario.

- **Consentimiento Informado:**

Reingresa nuevamente con internación voluntaria.

- **Diagnóstico:**

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas, con síntomas psicóticos: Este diagnóstico se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios, pensamiento y comportamiento desorganizados o catatónico. Estos síntomas deben ser una consecuencia directa del consumo de sustancias y no explicarse mejor por un trastorno psicótico independiente o una condición médica general.

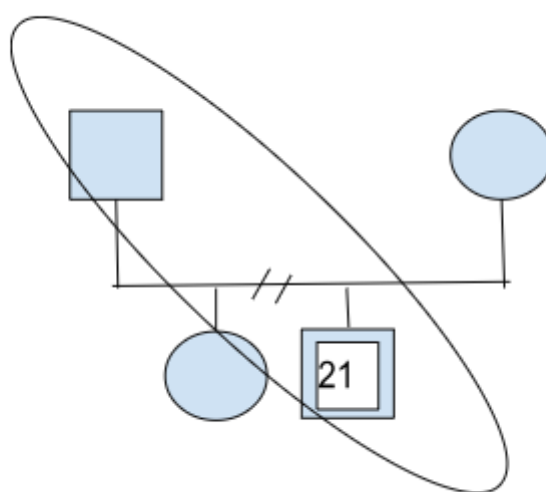
- **Evolución del diagnóstico**

- **Reinternación 1:** El usuario presenta ánimo deprimido, ideas de suicidio, consumo problemático de sustancias, poca conciencia de enfermedad
- **Reinternación 2:** Incluye persistencia y agravamiento de síntomas psicóticos, intento de homicidio, ideaciones delirantes y suicidas.

- **Cambios Observados:** Los síntomas psicóticos y el comportamiento violento se agravaron, resultando en un intento de homicidio y suicidio. Continúa la persistencia de ideaciones suicidas y consumo problemático de sustancias.

De esta manera, la evolución del caso de P.M. muestra una agravación de los síntomas psicóticos y depresivos, junto con un consumo problemático de sustancias que ha llevado a episodios de violencia extrema.

- **Genograma familiar**



- **Desde la perspectiva sistémica, la interpretación del genograma describe:**

- **Componentes:**

Hombre (cuadrado): Situado en el extremo izquierdo.

Mujer (círculo): Situada en el extremo derecho.

Mujer (círculo): Conectada a la línea horizontal central.

Hombre (cuadrado) de 21 años: conectado en la línea horizontal central y usuario a analizar.

- **Relaciones y Estructura:**

Hombre y mujer sin edad especificada, en relación de divorcio.

Mujer y hombre en relación de hermandad.

Con respecto a la dinámica familiar, este usuario enfrenta una dinámica familiar compleja y disfuncional, ya que se encuentra marcada por la falta de comunicación, agresividad, y problemas de salud mental. Por lo tanto, esta dinámica influye profundamente en su salud mental y su patrón de consumo de sustancias.

En relación con la familia de "P.M.", se puede inferir que esta sufre de una comunicación deficiente. Teniendo en cuenta que el usuario describe a su madre como agresiva y su relación con ella como desestabilizadora, da a entender que la comunicación parece ser mínima y negativa, lo que exacerba sus problemas emocionales.

La dinámica del padre se basa en tratar ser un apoyo, pero su propio consumo de marihuana y problemas psiquiátricos complican su capacidad de proporcionar un entorno estable y seguro.

Por lo tanto, la cohesión es débil debido a la agresividad y el abandono emocional por parte de la madre y se refleja la flexibilidad para adaptarse y manejar el estrés como limitada, contribuyendo a la desorganización familiar.

Desde los roles familiares proporcionados por la narración del usuario "P.M.", este asume el rol de "chivo expiatorio", cargando con la culpa y los problemas familiares. Refleja conciencia de su impulsividad y emotividad como canal para sus recaídas en el consumo de drogas.

No obstante, su padre intenta ser un soporte emocional y económico, pero su consumo de marihuana y tratamiento psiquiátrico complican su efectividad. Este refiere preocuparse por su influencia en "P.M.", cuestionando si es un apoyo positivo o más bien negativo en su vida.

Por otro lado, su madre es descrita como irascible y agresiva, lo que crea un vacío emocional en "P.M." y contribuye a su inestabilidad.

Desde el factor emocional, lo podemos ver de manera muy limitada, debido a la agresividad y los conflictos presentados en su familia.

El usuario cuenta con el apoyo económico, principalmente proporcionado por su padre.

En relación con el contexto y al análisis, se menciona que el entorno de "P.M." está marcado por varios factores que influyen negativamente en su salud mental. Dentro de estos encontramos a su entorno, en el cual viven alrededor del consumo de sustancias, lo que puede tomarse como una vía de escape frente a los problemas emocionales y familiares.

Con respecto a los patrones del comportamiento, el uso de drogas como mecanismo de afrontamiento ante el estrés y los conflictos puede ser una actividad bien definida.

En cuanto a las relaciones, el padre intenta mantener la autoridad, pero su comportamiento contradictorio (consumo de marihuana) reduce su efectividad. También, se

destaca que las interacciones están marcadas por la agresividad y la falta de comunicación efectiva, exacerbando los problemas emocionales.

- **Acontecimientos Vitales Estresantes:**

En este contexto, los acontecimientos que “P.M.” ha enfrentado pueden ser tomados como estresantes, ya que han impactado significativamente su salud mental. Por un lado, el usuario relata la sensación de abandono por parte de su madre, lo que ha dejado un profundo vacío emocional.

Por otro lado, la relación con su hermana ha sido un desencadenante directo de su recaída.

Y, por último, menciona los conflictos constantes con su madre y los sentimientos de culpa relacionados con su padre que agravan su situación.

- **Evolución y Terapia:**

El usuario expresa deseos de priorizar su salud y mejorar su relación con su madre, también logra exhibir una lucha constante para mantenerse limpio, pero enfrenta desafíos emocionales y recaídas, ante esto muestra un optimismo cauteloso, planeando cambios positivos en su vida, como estudiar y trabajar con su padre.

Al usuario se le indica terapia familiar, para mejorar la comunicación y fortalecer los vínculos familiares, la necesidad de abordar la impulsividad, las adicciones y los conflictos emocionales y la participación de la terapia de Grupal, en donde ha encontrado un grupo de apoyo positivo durante su internación.

- **Contexto**

En su contexto se menciona la conflictividad familiar, la enfermedad mental en la familia, los lazos pobres con la madre, la desorganización familiar y la desviación en la comunicación.

En su entorno se presentan comportamientos e inmadurez emocional, acontecimientos vitales estresantes y descontrol emocional.

- **Análisis:**

Partiendo de la presencia de **factores de riesgo individuales**, se remarca la importancia de la conflictividad emocional en su familia, nos referimos a “P M”, como aquel que se considera *“una persona impulsiva y emocional, recaigo en las drogas antes de pensar,*

no me gustaría volver a consumir, marihuana tal vez” (18/10/2023). Ante esto podemos ver ejemplificando cómo estas dos dimensiones pueden estar estrechamente vinculadas en la experiencia individual, tomando sus propias palabras, se percibe a sí mismo como alguien impulsivo y emocional, sugiriendo una conexión directa entre su estado emocional y sus decisiones relacionadas con el consumo de drogas. También, dentro de la mención de recaídas en el uso de sustancias antes de reflexionar sobre las consecuencias refiere la influencia significativa de las emociones en su comportamiento y toma de decisiones. Si bien, este expresa un deseo de evitar un retorno al consumo de drogas, deja abierta la posibilidad de recurrir a la marihuana como una opción, lo que indica una compleja relación entre sus emociones, su autocontrol y el manejo de sus hábitos de consumo.

Podemos observar de esta manera, que una parte significativa del material analizado destaca las dificultades emocionales como factores de riesgo que contribuyen a la internación de los sujetos mencionados. Aunque no se menciona explícitamente que las dificultades emocionales sean la causa directa de la reinternación, se puede inferir que el componente emocional y su manifestación posterior pueden desencadenar conductas perjudiciales, lo que a su vez lleva a que las personas afectadas sean reinternados en instituciones de salud mental.

En el caso de “P M”, al mencionar el vínculo con su madre *“ella se pone agresiva, pero ahora quiero priorizar mi salud para poder vincularme con mi mama”* (18/10/2023). Se puede indagar sobre su hermana que está internada en otro sector de la institución y refiere no saber nada. (dentro de terapia grupal mencionó su recaída por la internación de su hermana). Mencionando esta *“es muy mala con nosotros, es mentirosa, trato de que no me afecte los vínculos familiares, directamente no existen”* (18/10/2023).

Cuando comenta la dinámica dentro de las **circunstancias familiares** refiere *“me siento como chivo expiatorio dentro de la familia, eso me hizo muy mal, es una lucha diaria para mantenerme limpio”, “el grupo que hice acá es un grupo sano, me voy a juntar con los afuera”, en relación con su madre comenta “me desestabilizo y consumo, ella dejó un tipo de vacío ahí, sufrimos abandono de su parte”* (25/10/2023).

Las menciones sobre la dinámica familiar se relacionan estrechamente con los conceptos planteados por el autor Lemos (1996) sobre los ambientes de riesgo dentro de la estructura familiar, ya que se destacan varios aspectos que pueden contribuir a un ambiente familiar disfuncional y de riesgo. Se describe una dinámica familiar marcada por la agresividad de su madre y la falta de comunicación con su hermana internada. Por otro lado, el estilo de crianza insuficiente para satisfacer necesidades afectivas, ya que la percepción de “P M” sobre su rol como chivo expiatorio dentro de la familia, lo que sugiere una falta de apoyo emocional

y una sensación de abandono por parte de su madre. Esta falta de satisfacción de sus necesidades afectivas puede contribuir a su vulnerabilidad emocional y a la búsqueda de consuelo en el consumo de sustancias.

De esta manera, queda claro que los problemas familiares pueden actuar como factores de riesgo predisponentes en las reinternaciones de usuarios de salud mental, en donde las dinámicas familiares disfuncionales, marcadas por la falta de apoyo emocional, la falta de comprensión y apoyo por parte de la familia, contribuyen a la angustia emocional, el estrés y la inestabilidad psicológica, lo que a menudo resulta en recaídas en el consumo de sustancias, pensamientos suicidas y otros comportamientos disfuncionales.

Dentro del análisis de este caso, se pueden ver una serie de factores que pueden estar relacionados con las **circunstancias socioeconómicas** y su influencia en la salud mental: *“consumo marihuana regularmente, y también estoy pasando por un tratamiento psiquiátrico. La verdad que fumo faso de vez en cuando como recomendación de mi medico”, “quiero saber, ¿soy positivo para él?”* (cita del padre de P.M), (27/10/2023).

A partir de la mención de consumo regular de marihuana por parte del padre del usuario y su propio tratamiento psiquiátrico sugieren la presencia de problemas de salud mental en la familia, esto puede indicar una carga adicional de estrés y dificultades económicas asociadas con el tratamiento médico y la atención psiquiátrica.

Por lo tanto, se tiene en cuenta la recomendación del psiquiatra al padre de fumar marihuana de vez en cuando plantea preocupaciones sobre la calidad y la idoneidad de la atención médica recibida, lo que podría estar influenciado por factores socioeconómicos, como el acceso a servicios de salud de calidad o la disponibilidad de tratamientos alternativos más apropiados.

Dentro de la misma entrevista, la duda expresada por el padre *“¿soy positivo para él?”*, sugiere una carga emocional y psicológica significativa, que podría verse exacerbada por la presión socioeconómica.

Dentro de las circunstancias presentadas en el caso de “P.M”. se mencionan las **circunstancias laborales**. Para ejemplificar estas, se retoma la entrevista del usuario, en donde refiere: *“No voy a volver a mi trabajo anterior, me generaba mucha carga y estrés, necesito algo más tranquilo, capaz trabaje con mi papa”* (10/11/2023). Lo narrado por este se relaciona con los conceptos presentados por Castañeda (2017), que refiere la importancia de un entorno laboral que balancee la seguridad organizacional y el bienestar del empleado, indicando que un ambiente laboral saludable y seguro es crucial para la salud mental, la estabilidad laboral y la calidad de vida de los trabajadores. Por lo tanto, ante la decisión de “P.M” de no volver a su

trabajo anterior y buscar uno más tranquilo con su padre, podría reflejar un intento de alcanzar este equilibrio, demostrando la necesidad de reducir el estrés y encontrar un entorno que promueva su bienestar integral.

También, menciona que la falta de satisfacción laboral y la percepción de que el trabajo no es gratificante pueden llevar a la inestabilidad y presión excesiva, son tomados como factores que el usuario está tratando de evitar al cambiar de trabajo. Por lo que, este cambio busca reducir la carga y el estrés para mejorar su calidad de vida.

Siguiendo con este análisis, el autor Campos (2023) permite pensar en sus aportes, cómo la transición a la adultez y los lazos establecidos durante este período son cruciales para la formación de la identidad y pueden influir en la psicopatología. Ante esto, vemos que la elección del usuario de trabajar con su padre puede reflejar una búsqueda de un ambiente más estable y familiar, lo que es importante para su salud mental y la prevención de patrones disfuncionales.

Desde las circunstancias laborales, se puede inferir que juega un papel crucial en la vida de "P.M", ya que este reconoce que su trabajo anterior le generaba estrés y opta por buscar un empleo más tranquilo, alineándose con las observaciones de Castañeda (2017) sobre la importancia de un entorno laboral saludable para la estabilidad emocional y la calidad de vida. Así también, se destacan los aportes de Campos (2023), el cual refiere la importancia de los lazos establecidos durante la transición a la adultez, reflejados en la decisión de "P M" al trabajar con su padre para encontrar un ambiente más estable.

Por último, entre las **modalidades de intervención terapéuticas indicadas**, se indicó la realización de terapia familiar, la cual el usuario refiere: *“me hace bien, sé que es complicado por la mala relación que tenemos con mi mama y hermana pero que de a poco se van arreglando las cosas. Quiero que esto nos una más así cuando salga no vuelva a las drogas”* (17/11/2023). Esta mención refiere la importancia de mejorar la relación con su madre y hermana, lo que refleja el intento de restablecer una comunicación y dinámicas familiares saludables. Por lo tanto, la mejora en estas relaciones es crucial para el bienestar de “P.M” y la estabilidad del sistema familiar.

Así también, Rodríguez Bustamante (2015), plantea la relevancia de la teoría de la comunicación en el ámbito familiar, enfatizando cómo una adecuada comunicación puede enriquecer la relación terapéutica y fortalecer los vínculos familiares. Esto puede verse ante la experiencia del usuario, cuando resalta que la terapia familiar le está ayudando a arreglar las cosas con su familia y su deseo de que esto los una más manifiesta cómo la intervención terapéutica puede facilitar una mejor comunicación y relaciones más fuertes y saludables dentro

de la familia, la experiencia del usuario con la terapia familiar ejemplifica cómo esta modalidad terapéutica puede ser efectiva para mejorar la comunicación y las relaciones familiares, promover la estabilidad emocional, y prevenir recaídas en comportamientos problemáticos, como el consumo de drogas.

En seguimiento con estas nociones, los aportes de Espina y Pumar (1996) y Rodríguez Bustamante (2015) sobre la importancia de la dinámica familiar y la comunicación en el contexto terapéutico refuerzan la relevancia de la terapia familiar en la recuperación.

De modo que, el análisis de "P.M" muestra cómo una combinación de factores emocionales, familiares, laborales y socioeconómicos contribuyen significativamente a las reinternaciones en salud mental. Se menciona constantemente la impulsividad y el manejo emocional deficiente de "P.M" como factores de riesgo que exacerban su vulnerabilidad al consumo de sustancias. También, se mencionan las dinámicas familiares disfuncionales, incluyendo la agresividad de la madre y la falta de comunicación con la hermana, como creadoras de un entorno con inestabilidad emocional y estrés, incrementando la probabilidad de recaídas.

8.2.7 Cuadro de análisis

Usuarios	Factores individuales	Circunstancias Familiares	Circunstancias Socioeconómicas	Circunstancias educativas	Circunstancias Laborales	Modalidades terapéuticas	
						A.T	T. F
N.C.	R 1 y 2	R 1 y 2	-	R 2	-	R 2	-
J.D.	R 1	R 1 y 2	R 1 Y 2	R 1	-	R 1	-
C.L.	R 1	R 1 y 2	-	-	-	-	-
B.A.	R 1 y 2	R 1	R 2	R 2	R 2	-	R 2
C.S.	R 1 y 2	R 1 y 2	-	R 1	-	-	-
P.M.	R 1	R 1	R 1	-	R 2	-	R 2

Nota: Se hace referencia en cada casillero su respectiva reinternación, con R1 (reinternación 1) y R2 (reinternación 2). Se mencionan las sigas A.T para Acompañante Terapéutico y T.F para Terapia Familiar.

El cuadro de análisis presentado nos permite una visión sobre los factores de riesgo individuales y las circunstancias familiares, socioeconómicas, educativas y laborales que contribuyen a las reinternaciones de los usuarios analizados.

Se destacan los factores de riesgo individuales, centrados en las dificultades emocionales que dominan la vida de los sujetos estudiados, mostrando su impacto significativo, especialmente en la primera reinternación. Además, las circunstancias familiares son consistentemente prevalentes en todos los usuarios durante la primera reinternación, aunque en menor medida en la segunda, sugiriendo su importancia similar a las dificultades emocionales en las recaídas.

El análisis también sugiere una estrecha interrelación entre los problemas emocionales y los conflictos familiares, evidenciada por la falta de comunicación y apoyo familiar mencionada por la mayoría de los usuarios. El entorno y las redes sociales también se incluyen como componentes asociados a estas dificultades emocionales.

En términos de circunstancias socioeconómicas, aunque son menos frecuentes que las anteriores, se identifica su relevancia como un factor contribuyente al malestar de los usuarios, posiblemente exacerbando otros factores para provocar reinternaciones. Es importante destacar que ninguno de los usuarios atribuye exclusivamente estas circunstancias a sus reinternaciones, que parecen ser multifactoriales en naturaleza.

La columna sobre circunstancias educativas revela que la deserción escolar y las dificultades de concentración durante los estudios son fuentes significativas de malestar para la mayoría de los usuarios entrevistados, contribuyendo así a su vulnerabilidad y siendo factores adicionales en las reinternaciones.

En cuanto a las circunstancias laborales, lo vemos presente solo en dos usuarios, de esta manera se observa que está íntimamente ligado a las circunstancias socioeconómicas y sociales, aunque tiene una influencia menor en comparación con otros factores identificados.

Por último, el cuadro muestra las modalidades terapéuticas utilizadas para los usuarios con reinternaciones. Encontramos que, por un lado, los acompañantes terapéuticos están presente en dos casos, priorizando su indicación a usuarios con mayor persistencia en reinternaciones. Por otro lado, la terapia familiar, fue indicada ante situaciones de grandes conflictividades familiares, siendo tomada por solo dos usuarios.

9. CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS

En este estudio se analizaron los factores de riesgo que inciden en las reinternaciones de los usuarios y las modalidades de intervención terapéuticas indicadas en una Institución Monovalente de Salud Mental.

El trabajo se centró en la caracterización de los factores de riesgo individuales y las circunstancias familiares, socioeconómicas, educativas y laborales de los usuarios, así como en las intervenciones terapéuticas indicadas, como la terapia familiar y el acompañamiento terapéutico.

Partiendo de una interpretación conceptual, en línea con el modelo transaccional de Sameroff al reconocer y actuar sobre las interacciones dinámicas y recíprocas entre los individuos y sus entornos, se consideraron diversos factores intervinientes y su interrelación, comprendidos desde una perspectiva transformadora. Esto incluyó los aspectos intrínsecos del sujeto, su singularidad, y la complejidad de su contexto. Este enfoque destaca cómo el desarrollo y el bienestar de una persona están influenciados por una serie de transacciones continuas entre factores individuales y contextuales a lo largo del tiempo. Al aplicar este modelo al análisis de los factores de riesgo y las intervenciones terapéuticas, se observa que las circunstancias familiares, socioeconómicas, educativas y laborales interactúan de manera constante con las características individuales de los usuarios. Estas interacciones dinámicas subrayan la importancia de un enfoque integral y multidisciplinario en el tratamiento de la salud mental.

Se destacan los factores de riesgo individuales, con un énfasis particular en las dificultades emocionales que dominan la vida de los sujetos estudiados. Estos factores emocionales, tales como la ansiedad, la depresión y los trastornos del estado de ánimo, muestran un impacto significativo, especialmente durante la reinternación 1. Estas dificultades emocionales no solo exacerban el malestar de los usuarios, sino que también actúan como precipitantes directos de las reinternaciones.

En cuanto a las circunstancias familiares, se observó una prevalencia consistente de conflictos familiares entre los usuarios. La falta de comunicación y apoyo familiar, mencionada por la mayoría, evidenció una interrelación estrecha con las dificultades emocionales, sugiriendo que los conflictos familiares no resueltos inciden en el malestar de estos y su correspondiente reinternación.

Las circunstancias socioeconómicas se identificaron como factores contribuyentes al malestar de los usuarios. Problemas como la inestabilidad financiera, el desempleo y la falta de acceso a recursos básicos exacerbaron otros factores de riesgo, aumentando la incidencia en la reinternación.

Las circunstancias educativas también se revelaron significativas. La deserción escolar y las dificultades de concentración durante los estudios surgieron como fuentes importantes de malestar, contribuyendo a la vulnerabilidad de los usuarios y actuando como factores adicionales en las reinternaciones. La falta de logros educativos limitó las oportunidades laborales y socioeconómicas, creando un ciclo de vulnerabilidad.

Las circunstancias laborales, aunque se encuentran íntimamente ligadas a las circunstancias socioeconómicas, muestran una influencia menor en comparación con los factores mencionados anteriormente. Sin embargo, la inestabilidad laboral y la falta de oportunidades profesionales fueron aspectos que, combinados con otros factores, afectaron negativamente a los usuarios.

En cuanto a las modalidades de intervención terapéuticas indicadas, se comprobó la efectividad de las terapias interdisciplinarias sobre los usuarios. Tanto el acompañamiento terapéutico como la terapia familiar demostraron ser efectivos, mejorando los procesos de aquellos usuarios que participaron en estas modalidades, mostrando una disminución en su malestar y sintomatología.

Como sugerencias ante el presente trabajo, se podrían considerar aquellas que logren una mejoría en los resultados de la atención de salud mental y reducir la frecuencia de reinternaciones en las instituciones de salud mental. Para ello se puede tener en cuenta en el contexto de la nueva Ley de Salud Mental, que es crucial discutir y adaptar las prácticas institucionales para alinearse con sus principios y directrices. La ley promueve un enfoque de atención comunitaria y la desinstitucionalización de los usuarios, lo que requiere un cambio hacia modelos de atención más integrados y menos centrados en la hospitalización prolongada. De esta manera, como sugerencia, resulta fundamental mencionar la importancia de lograr una preparación al responsable del usuario antes de su externación.

Esta preparación garantiza que el cuidador esté adecuadamente capacitado para brindar el apoyo necesario fuera de la institución, lo cual puede marcar una diferencia significativa en la calidad de vida y la recuperación continua del sujeto, reduciendo la probabilidad de futuras reinternaciones. Para ello, se debería proporcionar formación específica sobre la condición psicopatológica del usuario, capacitación en apoyo emocional constante para manejar la ansiedad y otros desafíos emocionales, instrucción sobre la administración correcta de medicamentos y la importancia del cumplimiento de tratamientos, así como preparación para manejar situaciones de crisis con planes de acción claros.

Otra sugerencia pertinente sería enfatizar la detección temprana de problemas de salud mental en el entorno escolar. Capacitar a los docentes para establecer protocolos claros para

referir a los estudiantes a servicios adecuados puede prevenir complicaciones a largo plazo. Por lo tanto, se remarca el fortalecimiento de la educación y la prevención temprana, en donde el desarrollo de programas educativos y preventivos en las escuelas y comunidades podrían servir para identificar y abordar problemas emocionales y de salud mental en etapas tempranas. Estas intervenciones tempranas y preventivas no solo benefician a los sujetos al mejorar su salud mental, sino que también crean entornos más saludables y sostenibles que apoyan el desarrollo positivo.

De este modo, la participación de familiares o responsables, amigos y profesionales en el contexto del usuario es crucial no solo para su recuperación, sino también para la detección de recaídas o evitar la necesidad de una nueva reinternación. Implementar estas sugerencias no solo podría fortalecer el apoyo al usuario después de la externación, sino que también mejorará la eficacia del tratamiento y fomentará un entorno de recuperación integral en salud mental.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Cárceles, M. M. (2012). La influencia del contexto familiar en el desarrollo de conductas violentas durante la adolescencia: factores de riesgo y de protección. *Revista criminalidad*, 54(2), 27-46.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-31082012000200003&script=sci_arttext
- Almonte, C. (2012). *Características generales de la psicopatología infantil y de la adolescencia*. En Almonte, C. y Montt, M. E. *Psicopatología Infantil y de la adolescencia*. Mediterráneo.
- Barnechea García, M. M., y Morgan Tirado, M. D. L. L. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencias y retos*, 1(15), 97-107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4929270>
- Buendía, J. (1999). *Psicología Clínica*. Pirámide Ediciones.
- Bones Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la encuesta nacional de salud en España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.
<https://www.redalyc.org/pdf/727/72714400006.pdf>
- Campos-Arregui, S., Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., y Pérez-Marín, M. (2023). Adultez emergente: patrón de relaciones interpersonales, consumo de alcohol y psicopatología. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 53(2).
<https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/40977>
- Cano Vindel, A. (2010). Ansiedad, estrés, emociones negativas y salud. *Critica*, 60(968), 12-16. https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Tabares/publication/274215325_Imago_mundi_la_contribucion_cultural_de_la_medicina_al_estres_urbano/links/5519060c0cf2f7d80a3e3843/Imago-mundi-la-contribucion-cultural-de-la-medicina-al-estres-urbano.pdf#page=12

- Castañeda Herrera, Y., Betancourt, J., Salazar Jiménez, N. L., Mora Martínez, A. (2017). Bienestar laboral y salud mental en las organizaciones. *Psiconex*, 9(14), 1-13.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psiconex/article/view/328547/20785360>
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (2016). Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.
- Diez-Elola, M. (2021). Causas del fracaso escolar en contextos de vulnerabilidad sociocultural desde la perspectiva docente. *Cultura, Educación y Sociedad*, 12(1), 323-340. <https://doi.org/10.17981/cultedusoc.12.1.2021.21>
- Espina, A. y Pumar B. (1996). *Terapia familiar sistémica: Teoría, clínica e investigación*. Editorial Fundamentos.
- Estévez López, E., Musitu Ochoa, G., Herrero Olaizola, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28(4), 81-89. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v28n4/0185-3325-sm-28-04-81.pdf>
- Eguíluz R. L., Robles Mendoza, A. L., Rosales Pérez, J. C., Ibarra Martínez, A., Gómez Herrera, J., Gonzalez-Celiz Rangel, A. L. (2003). *Dinámica de la familia: Un enfoque psicológico sistémico*. Editorial Pax.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del psicólogo*, 24(85), 1-10.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808501>
- Fenoglio, H. (2014). Avances y Límites de la Ley Nacional de Salud Mental. *Revista Topia*.
<https://www.topia.com.ar/articulos/avances-y-limites-ley-nacional-salud-mental>
- García, F. A. (2001). Modelo Ecológico / Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana.
https://www.academia.edu/9002513/Modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion

Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós.

Guía de bolsillo de la clasificación IE-10: clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. (2000). Ed. Médica Panamericana.

Heras F. d. I. y Polaino-Lorente A. (1990). En torno al fracaso escolar como hipótesis justificatoria-explicativa del suicidio infantil. *Revista Complutense de Educación*, 1(2), 223. <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED9090230223A>.

Hermosilla, M. L. y Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. *Psiencia: revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 4(2), 134-140. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4391116>

Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y salud*, 19(2), 139-156. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200001&lng=es&tlng=es.

Jara Holliday, O. (2023). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. *Biblioteca Electrónica sobre Sistematización de Experiencias*. http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/bitstream/123456789/3845/1/Orientaciones_teorico-practicas_sistematizar_experiencias.pdf

Jara Holliday, O. (2011). La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. *Revista Decisio*, 28, 67-74. https://cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28_testimonios1.pdf

Knapp, M. Y Wong, G. (2020). Economía y salud mental: escenario actual. *World Psychiatry*, 18(1), 3-15. https://www.wpanet.org/_files/ugd/e172f3_1484f171bb3f4b689568e20167f3a146.pdf#page=5

Kuras Mauer, S., & Resnizky, S. (2021). *Acompañantes terapéuticos actualización teórico-clínica*. Letra Viva.

Lemos, S. (1996) *Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes*. En Buendía, J. *Psicopatología en niños y adolescentes*. Pirámide.

Ley Nacional N° 7.106 de 1984. Disposiciones para el ejercicio de la psicología. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, Córdoba Argentina, 27 de septiembre de 1984. Recuperado de <https://cppc.org.ar/disposiciones-para-el-ejercicio-de-la-psicologia/>

Ley Nacional N° 26.657 de 2010. Por la cual se sanciona el derecho a la Protección de la Salud Mental. 3 de diciembre. Boletín Oficial No. 32041. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Lizeretti, N. P. y Rodríguez, A. (2011). La inteligencia emocional en salud mental: Una revisión. *Ansiedad y estrés*, 17(2-3), 233-253. <https://www.ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/ucm/2011/anyes2011a18.pdf>

Manrique Tisnés, H. (2011). Sobre la clínica en la psicología. *Poiésis*, 11(21). <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/81>

Marcelli, D., y Ajuriaguerra, J. D. (1996). *Psicopatología del niño*. Masson.

Martínez Morote, M. (2019). *Repercusiones del estrés laboral*. (Tesis de Maestría, Universidad Miguel Hernández). <https://hdl.handle.net/11000/5695>

Martínez, M. y García, M. C. (2011). La crianza como objeto de estudio actual desde el modelo transaccional. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 10(1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2012000100010#:~:text=El%20modelo%20transaccional%20busca%20comprender,bidireccionales%2C%20de%20acuerdo%20con%20los

Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa.

- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw57exBhAsEiwAaIxaZiW82Gws4--dUVITgVlrFH_zLBRmxiqqbl4ILGoAayyXkXltBTKNwhoCA40QAvD_BwE
- Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., Martínez González, A. E., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Rodríguez Bustamante, A. (2015). La comunicación familiar, una lectura desde la terapia familiar sistémica. *Repositorio católica Luis amigo*. <http://repository.ucatolicalluisamigo.edu.co/server/api/core/bitstreams/d76c2ba6-7158-41de-8557-edfc5243ea12/content>
- Rojas-Bernal, L. Á., Castaño-Pérez, G. A. y Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Ces Medicina*, 32(2), 129-140. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>
- Russi, Y. P. (2023). *El Acompañamiento Terapéutico y la Interdisciplina en Salud Mental*. (Tesis final de grado, universidad del gran rosario). <https://rid.ugr.edu.ar/bitstream/handle/20.500.14125/769/Inv.%20D-528%20MFN%207768%20TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez Escobedo, P. (2008). *Psicología Clínica*. El Manual Moderno.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 25-52, 250-283. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Tisera, A. Léale, H. Lohigorry, J. Pekarek, A. Joskowicz, A. (2013). Salud mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires, *Revista Scielo*,

20(1), 251-258. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862013000100025&script=sci_arttext&tlng=en

Tobón, F. Á. (2005). La salud mental: una visión acerca de su atención integral. *Revista facultad nacional de salud pública*, 23(1), 149-161.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023113>

Vázquez Real, M. (2020). *Factores sociodemográficos, clínicos y farmacológicos asociados al reingreso en pacientes de salud mental* (Tesis doctoral, Universidad de Sevilla).
https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/103773/V%c3%a1zquez%20Real%2c%20Miguel%20tesis_FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vera Sánchez, L. J., & Alay Giler, A. (2021). El maltrato en la familia como factor de riesgo de conducta antisocial en adolescentes. *Revista de Ciencias Humanísticas y Sociales (ReHuSo)*, 6(1), 23-40. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5512717>

Yuni, J. y Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar y formular proyectos de investigación II*. Segunda Edición. Editorial Brujas.