



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOPEDAGOGÍA
MODALIDAD A DISTANCIA
TRABAJO FINAL INTEGRADOR

**EL DETERIORO ATENCIONAL EN LA
ESQUIZOFRENIA DESDE UN ABORDAJE
PSICOPEDAGÓGICO**

Estudiante: Bruzzoni, Myrian Mabel

Legajo: 31060

Director del TFI. : Lic. María E. Fernández Fariña

Directora de la carrera: Lic. Mariana Damonte

Vicedecano: Dra. Analía Verónica Losada

**Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciada en
Psicopedagogía.**

2023

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO
DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD**

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha: julio 2023

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: 18/08/23

Firma y aclaración del autor:

Bruzzoni Bruzzoni Myrian

Firma y aclaración de la Directora:

[Firma]

Lic. María E. Fernández Fariña

ÍNDICE

Índice.....	3
Agradecimientos.....	5
TÍTULO “El deterioro atencional en la Esquizofrenia.....	6
Desde un abordaje psicopedagógico”.....	6
Resumen.....	6
Palabras Clave.....	6
INTRODUCCIÓN	7
Delimitación del objeto de estudio.....	9
Definición del problema	9
Objetivos general/es y específicos.....	11
Objetivo general.....	11
Objetivos específicos.....	11
Supuestos básicos de investigación.....	12
Fundamentación.....	12
ESTADO DEL ARTE (Antecedentes)	15
MARCO TEÓRICO	33
ESQUIZOFRENIA.....	33
Etiología	34
Vulnerabilidad	34
Factores Ambientales	35
Síntomas de la enfermedad	37
Síntomas positivos y negativos.....	38
Fases y Clases	38
LA ATENCIÓN	39
Deterioro atencional: dos miradas para un fenómeno complejo.....	44
La atención en la esquizofrenia	46

Déficit de atención selectiva en la esquizofrenia	51
Comorbilidades atencionales	53
Educación y Psicoeducación	53
La psicopedagogía en el ámbito de la salud mental	54
Hospital Braulio Moyano	57
La Ley Nacional 26.675 de Salud Mental en el ámbito del Hospital Braulio Moyano	59
MÉTODO	62
Población y muestra	62
Instrumentos-Procedimientos	63
Dimensión Ética	64
RESULTADOS	65
Trabajo interdisciplinario	67
Ley Nacional 26.657	68
Esquizofrenia	70
Deterioro atencional en pacientes con esquizofrenia (Déficit de atención selectiva)	71
Tratamiento de la atencionalidad	73
DISCUSIÓN	80
CONCLUSIÓN	89
APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN	92
LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	93
LÍNEAS DE INVESTIGACIONES FUTURAS	94
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	95
REFERENCIAS	97
ANEXO	103
Anexo 1	103
Modelo de entrevista	103
Anexo 2	105
Entrevistas	105
Anexo 3	191
Matriz de datos	192

Agradecimientos

Finalizando el presente trabajo de investigación, realizado con la finalidad de obtener el Título de Licenciada en Psicopedagogía, que constituye el último eslabón de mi carrera, quiero agradecer a la Universidad de Flores y a todo su equipo docente, entre ellos y muy especialmente a la Lic. María Elena Fernández Fariña, que compartió su profundo conocimiento y constante guía en la elaboración de la presente Tesina.

Quiero agradecer a mi hermana melliza Viviana, con quién comparto un vínculo que precede a nuestro nacimiento, de la mano de quien descubrí mi vocación por esta profesión, a mis hijos: Ezequiel, Alán y Braian, a mi marido Alberto Velazco, que me acompañaron, brindando apoyo y comprensión constante.

Quiero agradecer a mis padres, que me enseñaron que el estudio era el camino de superación personal a seguir y que aunque no estén hoy acá son mi guía.

Quiero agradecer a mis amigos y amigas, que son mis compañeros de vida, nombrarlos a todos resultaría muy extenso, agradezco su apoyo y contención, nombrando a Violeta y al Dr. Mazzarella como representante de todos ellos.

A mis compañeras y compañeros, profesionales del Hospital Braulio, sin cuya colaboración y apoyo, este trabajo de investigación no hubiera sido posible.

Por último, quiero agradecer a las pacientes esquizofrénicas crónicas, a quienes atiendo desde mi rol de Licenciada en enfermería, que son tanto mi desvelo como mi inspiración.

¡Infinitas gracias!

TÍTULO “El deterioro atencional en la Esquizofrenia Desde un abordaje psicopedagógico”

Resumen

El presente trabajo de investigación problematiza e indaga el deterioro y déficit atencional en individuos con esquizofrenia desde la perspectiva cognitivo conductual y en el contexto de un abordaje psicopedagógico, en el ámbito del Hospital Braulio Moyano, observando este fenómeno a través del testimonio de los profesionales que atienden a las pacientes crónicas de un servicio de esta institución.

Los resultados de esta investigación dan cuenta de la incidencia del síntoma atencional en el deterioro de la calidad de vida de las pacientes, ya que profundiza la abulia y el aislamiento de la población indagada.

El análisis de las fuentes primarias logra establecer la relación entre el funcionamiento cognitivo en general y el atencional en particular, lo que condiciona la adquisición de habilidades sociales y la calidad de vida del individuo con esquizofrenia. Al mismo tiempo que, determina como una carencia relevante en el equipo interdisciplinario, la ausencia de profesionales del área de la psicopedagogía, como así se infiere de los resultados de la presente investigación, puesto que a prestar atención se aprende y como toda problemática de aprendizaje es necesario abordarlo desde esta perspectiva y generando espacios atencionales.

Palabras Clave

Esquizofrenia-Deterioro Atencional-Calidad de Vida-Cronicidad-Aprendizaje-Intervención Psicopedagógica.

INTRODUCCIÓN

“Un hombre de frente a una ventana

Superlúcida la mirada

Recorre el paisaje y no

No su interior es luna.

Son sombras lejanas del bosque

Es algo raro en las estrellas

Sonidos que inducen temor

Y también melancolía de esperar...”

Walter Renzo Piacioli (2005)¹

La esquizofrenia es una enfermedad que actúa como escisión y ruptura de la persona, que se encuentra incapacitada para encontrar su identidad, para desarrollarse en forma integral y autónoma, observándose diversos grados de compromiso atencional y cognitivo, según el cuadro patológico de cada individuo, pero siendo el déficit atencional prevalente.

Esta realidad atraviesa diversas culturas y contextos sociales y dentro de los distintos síntomas, los problemas atencionales constituyen un factor gravitante en el desarrollo cognitivo y de las habilidades sociales de las personas que la padecen.

Los síntomas negativos, por lo general, están asociados a los cognitivos que son los que inciden en la condición, que es objeto de estudio del presente trabajo, estos incluyen problemas atencionales, de concentración y memoria. Estos síntomas pueden dificultar el seguimiento de una conversación, el aprendizaje de nuevos saberes o habilidades o recordar lo aprendido. El

¹ Los Tipitos. Campanas en la noche.

nivel de funcionamiento cognitivo de una persona es uno de los mejores predictores de su funcionamiento diario.

El déficit atencional es el resultante de la inhabilidad para distinguir los estímulos relevantes de los irrelevantes y así filtrar la información pertinente y lograr dar una respuesta a problemas de la vida diaria, condicionando la vida social y familiar de los individuos.

La atención es una capacidad inherente a los seres humanos y la actividad atencional y el hecho de atender es algo que puede lograrse mediante la construcción de aprendizajes permanentes, que requieren de la intervención psicopedagógica, conjuntamente con el tratamiento interdisciplinario que se implementa en el espacio hospitalario.

El síntoma desatencional impulsa al sujeto a evitar el contacto con el objeto cognoscente, privando al individuo de la posibilidad de aprehender la realidad observada, es decir constituirse en el ser pensante que realiza el acto del conocimiento, por lo que el deterioro atencional despoja a la persona de la capacidad de interesarse y del placer de sentirse interesante, condicionando la interacción social, la posibilidad de aprender y de desempeñarse con mayor autonomía en la vida cotidiana, como sucede con las pacientes esquizofrénicas crónicas del Hospital Braulio Moyano

Para la observación, abordaje y análisis de esta problemática, desde una perspectiva psicopedagógica, se indago a los profesionales de la salud que atienden a las pacientes crónicas con esquizofrenia del Hospital Braulio Moyano. Las entrevistas realizadas a los profesionales permiten una exploración indirecta del déficit atencional en las pacientes, observándose este fenómeno desde una mirada interdisciplinaria, donde todos los profesionales refieren que la ausencia de psicopedagogos en el equipo constituye una importante carencia que imposibilita abordar el problema cognitivo atencional y que como consecuencia limita la evolución positiva de las pacientes y contribuye a su aislamiento.

Delimitación del objeto de estudio

La esquizofrenia es una de las tantas enfermedades consideradas como trastorno mentales graves, que, según el Ministerio de salud de la República Argentina, padecen en nuestro país 240.000 personas (Ministerio de Salud de la República Argentina. Dirección Nacional de Salud Mental y consumos Problemáticos., 2022)

El presente trabajo de investigación, desde un enfoque cualitativo, busca describir, evaluar, explorar, definir y analizar la prevalencia de déficit atencionales, vinculados con la esquizofrenia, como condicionantes fundamentales de sus inhabilidades sociales y de aprendizajes, desde una mirada psicopedagógica.

Con el fin de desarrollar este estudio, se trabajará sobre una muestra de profesionales de la salud vinculados a la atención de mujeres entre 21 y 80 años, que presentan esta patología en el marco del Hospital Psiquiátrico Braulio Moyano, cuya cronicidad se encontraría atravesada por un pronunciado déficit atencional como factor limitante para su integración a la vida familiar y social, situación que actúa en desmedro de su calidad de vida.

Definición del problema

El problema de investigación es el deterioro y déficit atencional en individuos con esquizofrenia desde la perspectiva cognitivo conductual y en el contexto de un abordaje psicopedagógico.

Para delimitar el problema se considerarán las siguientes variables, que se definen a continuación:

Variable Contextual: profesionales de la salud que trabajan con pacientes esquizofrénicas agudas y crónicas en el Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano.

Variable independiente: Esquizofrenia, enfermedad mental caracterizada por psicosis, es decir por la pérdida de contacto con la realidad, presencia de alucinaciones o percepciones falsas, delirios, habla y conductas desorganizadas, afecto aplanado que se traduce en un rango emocional restringido, déficits cognitivos que se expresa en el deterioro del razonamiento y la capacidad resolutive, pensamiento y lenguaje desorganizado, trastornos

motores, pérdida de contacto con la realidad y por último en la disfunción laboral y social (DSM-5, 2014).

Variable dependiente: nivel de deterioro atencional en pacientes con esquizofrenia.

Variables intervinientes: grado de atención y nivel de incidencia de la educación y psicoeducación en las competencias atencionales de pacientes con esquizofrenia.

Atención: capacidad para seleccionar, mantener o dirigir la información relevante en el marco de un proceso cognitivo, que permite al individuo orientarse y actuar en función de los estímulos.

Educación y psicoeducación en pacientes con esquizofrenia: la esquizofrenia plantea una escisión y una ruptura de la persona con la realidad, situación que la incapacita para encontrar su identidad y por ende construir una identidad vocacional y laboral. La educación es el proceso por el cual la cultura se trasmite de generación en generación, por lo que definir la necesidad de incorporar a los individuos con esquizofrenia al devenir cultural desde la educación, resulta fundamental para esta investigación.

Alicia Fernández (2012) distingue *atencionalidad* y *atender*, el primer concepto alude a una capacidad y el segundo es entendido como el trabajo psíquico (inconsciente-preconsciente-consciente) inherente a la actividad pensante-deseante y por ende aprender (Fernández A. , 2011).

Así mismo, la mencionada autora cuestiona la rigidez de los criterios utilizados desde la psiquiatría para definir diagnósticos sobre problemas atencionales, ya que estos se apoyan en la representación social de “prestar atención”, estableciendo un “orden de normalidad”, que por lo general escapa a la subjetividad, a la individualidad de cada persona. En función de este canon de normalidad se enumeran y describen conductas en el DSM V² para realizar diagnósticos de déficit atencional, donde se descarta y se cataloga como patológico todo proceso atencional que escape a la representación dominante: “atender/mirar/contemplar” (Fernández A. , 2011).

² Sigla referida a la cuarta edición de Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, obra publicada por American Association de Washington, D.C.

Ahora bien, la esquizofrenia una enfermedad que aleja al individuo de la realidad, las personas que la padecen pueden presentar trastornos de memoria, trastornos de conexión, pueden tener obstáculos para mantener una conversación fluida o seguir la trama de un libro o de una película. Este conjunto de signos se denomina síntomas cognitivos y afectan la atencionalidad y el desarrollo de habilidades sociales en este grupo poblacional, situación que nos llevó a formular la siguiente pregunta guía para este estudio:

¿Cómo impacta la atención en un paciente con esquizofrenia crónicas del Hospital Braulio Moyano en sus habilidades sociales y calidad de vida?

Objetivos general/es y específicos

Objetivo general

Indagar los trastornos y el deterioro atencional en pacientes con esquizofrenia, como factores de fundamental incidencia en la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad.

Objetivos específicos

- Establecer la relación entre el funcionamiento cognitivo en general y el atencional en particular y las habilidades sociales y la calidad de vida del individuo con esquizofrenia.
- Observar y describir la relación entre los trastornos atencionales y las variables relacionadas a los estadios de la enfermedad y su tratamiento conductivo conductual y/o farmacológico.
- Estudiar la relación entre el deterioro atencional y los síntomas negativos de la esquizofrenia.
- Observar, en función de la prevalencia del déficit atencional en las pacientes crónicas con esquizofrenia, como la ausencia de un abordaje psicopedagógico, en el marco del equipo de atención interdisciplinario, afecta la recuperación de la atencionalidad en esta población, y por ende cómo repercute en su calidad de vida.

Supuestos básicos de investigación

Los trastornos y el deterioro atencional en los individuos con esquizofrenia responden a una multicausalidad, es decir a la sintomatología propia de la enfermedad, a condiciones orgánicas y tratamientos farmacológicos a largo plazo.

El deterioro atencional es el factor fundamental del déficit de las habilidades sociales y el aislamiento social de esta población, siendo un agravante la falta de programas educativos que permitan reaprender en forma permanente a “prestar atención”.

- El proceso atencional implica una actividad cerebral previa a la percepción y a la acción, surgiendo de la interrelación de redes de conexiones corticales y subcorticales (de orientación y ejecutiva), predominantemente correspondiente al hemisferio derecho, que posibilita el estado neurocognitivo y se encuentran en distintas áreas del cerebro pero fundamentalmente en la corteza cerebral (Tornese, 2013).
- En estudios realizados sobre imágenes cerebrales de individuos con esquizofrenia se observa algún grado de adelgazamiento de la corteza cerebral (Tornese, 2013).
- Los mecanismos facilitadores como inhibidores relacionados con la red de orientación están intactos en la esquizofrenia (Fuentes, 2001).
- Los tratamientos farmacológicos deterioran la atencionalidad.
- Se supone que un mayor conocimiento permitiría a las personas con esquizofrenia enfrentar su enfermedad de manera más efectiva.
- La educación y la intervención psicopedagógica en los pacientes con deterioro atencional podría fortalecer las capacidad atencional y por ende las habilidades sociales y la calidad de vida de los pacientes.

Fundamentación

La esquizofrenia es una enfermedad que actúa como una escisión y una ruptura de la persona, que se encuentra incapacitada para encontrar su identidad. Esta realidad atraviesa culturas y contextos sociales diversos y dentro de los distintos síntomas, los problemas atencionales constituyen un factor gravitante en el desarrollo cognitivo y de las habilidades sociales de las personas que la padecen.

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que representan por su prevalencia un importante problema de salud pública, ya que puede afectar gravemente el desarrollo psicológico y social de las personas afectadas y de su entorno familiar y social.

La realización del presente trabajo de investigación resulta relevante, desde la mirada psicopedagógica, ya que se trata de una enfermedad mental que afecta al 0,33% de la población mundial, según datos de la Organización Mundial de la Salud, y al afectar al funcionamiento cognitivo en general y a la atención en particular, su estudio es fundamental para contribuir, no sólo al marco teórico, sino a demostrar la importancia que tiene una intervención sobre los problemas de aprendizajes, que devienen del déficit atencional, desde nuestra disciplina (OMS, 2022).

Desde una perspectiva neurocognitiva y psicopedagógica este trabajo se propuso investigar las dificultades atencionales de las pacientes esquizofrénicas del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano; con la finalidad de detectar como estas condicionan sus habilidades sociales, la construcción de aprendizajes y la calidad de vida de las pacientes.

Las habilidades sociales están definidas por un conjunto de conductas que permiten al individuo interactuar y relacionarse con los otros de forma efectiva y satisfactoria. Desde una mirada psicopedagógica debemos considerar al contexto cultural y a las variables sociales y demográficas, como imprescindibles para entrenar dichas habilidades, puesto que el lugar de pertenencia de las personas define sus hábitos y formas de comunicación (Colman, A. 1917). Las habilidades sociales son conductas aprendidas que las personas adquieren a lo largo de su crecimiento y en relación con los demás.

Como ya lo hemos expresado la adquisición en habilidades sociales se haya disminuido en pacientes con esquizofrenia, fundamentalmente en los casos de aparición temprana; es en estos casos donde la necesidad de entrenamiento es imperante pero se haya condicionada al nivel atencional del individuo. Sin embargo el entrenamiento en habilidades sociales resulta un instrumento fundamental para la recuperación de los pacientes, ya que representa un conjunto de procedimientos e intervenciones sobre su conducta, para lograr adquirir experiencias básicas de aprendizaje, facilitando el desarrollo de un repertorio de comportamientos dirigidos a permitir a una persona vivir de forma independiente (Lieberman, et. al., 2015).

Tal como se ha enunciado en el párrafo precedente, las habilidades sociales son el punto de partida para la construcción de aprendizajes y para que las personas en general y la población que es objeto de estudio en particular logren vivir de forma independiente. Atención, construcción de aprendizajes y adquisición de habilidades sociales constituyen variables interrelacionadas y relevantes a la hora de evaluar la calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia, por lo que podemos justificar la realización del presente trabajo de investigación, cuyo objeto fundamental es contribuir a ampliar el marco teórico referido a esta patología y al déficit atencional como uno de los síntomas más limitantes para su pleno desarrollo.

Este estudio se realizó a partir de una muestra de profesionales de la salud vinculados a la atención de mujeres entre 21 y 80 años, que presentan esta patología en el marco del mencionado Hospital, considerándose de suma importancia observar, describir y caracterizar los problemas atencionales en este grupo poblacional, para contribuir a la construcción del marco teórico referido a esta problemática.

ESTADO DEL ARTE (Antecedentes)

En el siguiente apartado se ha buscado realizar un recorrido por diversos trabajos de investigación sobre la esquizofrenia y las dificultades atencionales, con el fin de estructurar un eje guía para este trabajo, a partir de esta revisión del Estado del Arte.

Para iniciar la construcción del estado del arte, se ha seleccionado y analizado el trabajo de Fin de Máster de Elisabeth Navarro Martínez del año 2017,³ realizado en Jaén, España: “Entrenamiento atencional como tratamiento en esquizofrenia: un estudio de caso”, cuyo objetivo primordial consistió en comprobar la eficacia de la aplicación de la técnica de entrenamiento en atención (attention training technique, ATT; Wells, 1990)⁴ a un paciente con diagnóstico de esquizofrenia.

La intervención de Navarro Martínez (2017), al aplicar la técnica permitió observar una mejora de la capacidad cognitiva atencional del paciente, así como una disminución de diversas dimensiones de su conducta alucinatoria y delirante, así como también, la disminución de síntomas ansiosos y depresivos.

Los resultados obtenidos con la aplicación de la mencionada técnica, abren un importante camino para la investigación e intervención en la rehabilitación cognitiva de este grupo de pacientes, dado que las conclusiones del trabajo apuntan a remediar los procesos atencionales y ejecutivos que subyacen en la esquizofrenia.

De acuerdo a los resultados observados por Navarro Martínez (2017), la aplicación del ATT resultó efectiva, ya que el paciente que constituyó el estudio de caso mejoró notablemente su capacidad atencional, entre otras capacidades cognitivas, como son la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo y el razonamiento y resolución de problemas.

³ Si bien este trabajo excede el marco temporal establecido con respecto a la fecha de presentación de esta investigación, siendo que el mismo corresponde al Proyecto que le da origen y siendo sus conceptos relevantes para su abordaje, se conserva en el Estado del Arte, aunque para cumplimentar con las últimas indicaciones se incluyan nuevos trabajos con fecha posterior.

⁴ ATT. Técnica que consiste en ejercicios en los que se utilizan sonidos ambientales con el objetivo de entrenar desapego y flexibilidad sobre la localización de la atención. <https://www.psyciencia.com/que-demonios-son-las-terapias-de-tercera-ola-tercera-parte/>

Dichos resultados constituyen un aporte significativo para el presente trabajo de investigación, propiciando el desarrollo de las líneas de investigación que lo fundamentan.

El Trabajo Final de Grado de Victoria Rodríguez Zeballos realizado en el año 2019 en la República Oriental del Uruguay nominado “Rehabilitación Cognitiva en Esquizofrenia” constituye un aporte fundamental para el presente trabajo de investigación, dado que a través de una revisión bibliográfica reflexiona y analiza la importancia de la rehabilitación cognitiva, como dispositivo de intervención y plan terapéutico para la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia. Problemática que se relaciona con la reeducación atencional que constituye uno de los ejes de la problemática en la investigación que se realiza sobre las pacientes crónicas con esquizofrenia en el contexto hospitalario.

Rodríguez Zeballos (2019) realiza una revisión sobre las alteraciones neurocognitivas que genera la esquizofrenia, enfocándose en la rehabilitación desde una mirada sobre el déficit cognitivo integral. La finalidad que persigue este trabajo de Grado es observar que factores y acciones podrían facilitar la inserción social y mejorar tanto el funcionamiento cotidiano como también la calidad de vida de los individuos que padecen esta enfermedad.

La investigación de Rodríguez Zeballos (2019) constituye un aporte altamente significativo, dado que se centra en el déficit atencional en los pacientes con esquizofrenia, determinando que el mismo puede presentarse en los niveles de atención sostenida y atención selectiva. En cuanto a la atención sostenida, estas alteraciones pueden relacionarse con los déficits sociales y de funcionamiento cognitivo. Con respecto a la atención selectiva, las alteraciones provocan que por momentos los pacientes se muestren dispersos, sin lograr concentrarse en un estímulo, desechando otros estímulos presentados en simultáneo.

Otro factor significativo, que justifica la inclusión del mencionado trabajo, es que Rodríguez Zeballos (2019) analiza un modelo de terapia que, según la bibliografía, impacta positivamente en el tratamiento del déficit atencional en la esquizofrenia: Cognitive Remediation Therapy (CRT).

La Terapia de Rehabilitación Cognitiva por sus siglas en español está diseñado para abordar los déficits cognitivos más relevantes de la esquizofrenia como atención, memoria y funciones ejecutivas. Su abordaje se desarrolla de forma individual y se orienta de acuerdo a la

evaluación neuropsicológica inicial tanto de las potencialidades como las deficiencias del paciente con esquizofrenia. En dicho programa se plantea una serie de ejercicios de papel y lápiz que se encuentran jerarquizados en el inicio desde un nivel básico, y va aumentando gradualmente su complejidad en función del avance del paciente. Esta técnica instrumentada desde la psicopedagogía, se centra exclusivamente en la rehabilitación de la función cognitiva y brinda estrategias cognitivas que el paciente no es capaz de crear por sí mismo, contribuyendo a esta investigación, que entre los objetivos establecidos, busca delimitar la incidencia que tiene en el tratamiento del déficit atencional la ausencia de profesionales de la psicopedagogía en el equipo interdisciplinario.

Continuando con lo expresado en el párrafo precedente y para finalizar con este aporte bibliográfico, el aporte del trabajo de Rodríguez Zeballos (2019) es fundamental para comprender la necesidad del abordaje psicopedagógico de la problemática indagada, demostrando la importancia del entrenamiento en habilidades psicosociales y entrenamiento atencional, es un abordaje que, según este trabajo debe ajustarse a las necesidades de cada paciente, aprovechando las capacidades del individuo al máximo, para estimular su potencial y ayudarlo a desarrollar habilidades sociales y cuyos resultados en la condición esquizofrénica se demuestran altamente satisfactorios.

Según el estudio realizado por Piñón et. al. (2018) “Perfil neuropsicológico de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia”, realizado sobre una muestra de 14 individuos, los participantes se reclutaron mediante muestreo consecutivo de los pacientes del Centro de Rehabilitación Psicosocial de la Asociación de Familiares y Enfermos Mentales en Redondela, España. La investigación de perspectiva empírica, utilizó la modalidad estudio de caso, lo que le permitió enfocarse de manera profunda en la naturaleza de los pacientes del espectro esquizofrénico, utilizando como instrumento de indagación un cuestionario de recogida de datos sociodemográficos y una batería de pruebas neuropsicológicas estandarizadas.

Siendo el objetivo del trabajo de Piñón et al.(2018) conocer el perfil neuropsicológico y la sintomatología psicológica del espectro esquizofrénico, a partir de formular una hipótesis, que enunciaba la alteraciones en velocidad de procesamiento, subprocesos atencionales, memoria operativa y funciones ejecutivas, así como déficits en su funcionamiento psicosocial se confirmó parcialmente la hipótesis.

Avanzando en la construcción del estado del arte, resulta pertinente la inclusión del trabajo de investigación de Chillida Pacheco, Lucia (2020-2021) realizado en Madrid “Búsqueda Visual en pacientes con Esquizofrenia” relaciona el área visomotora con la discriminación de estímulos que constituyen el nudo del problema atencional.

Chillida Pacheco (2020-2021) resalta la preponderancia de la búsqueda visual en el proceso atencional, porque mediante este proceso, el individuo puede discernir un estímulo visual relevante entre otros estímulos distractores. En este trabajo se ha encontrado que en los trastornos esquizofrénicos se produce un déficit de la atención en tareas de búsqueda visual y que esto repercute en el proceso atencional. A partir de la revisión bibliográfica Chillida Pacheco muestra que estos pacientes, ante tareas visuales, realizan un menor número de fijaciones oculares, que tienen un rango de exploración más corto y que el rendimiento se ve afectado por la dificultad de la tarea. Otros resultados indican que la función de pre-atención es normal y que lo que está alterado es el procesamiento de la atención, o que el control atencional es deficiente porque están afectados los mecanismos de control que guían la atención de arriba hacia abajo. Asimismo, se habla de un componente genético que afecta zonas parietales del cerebro.

La contribución de Chillida Pacheco (2020-2021) a la comprensión de la atención selectiva que permite que el sujeto se concentre en un estímulo dejando de lado otros, presentados simultáneamente y así poder responder ejecutivamente, constituye un aporte significativo a el presente trabajo porque permite reflexionar sobre la necesidad de la reeducación atencional desde la educación de la mirada, entrenando la búsqueda visual.

Piñón, Adolfo et al. (2018) en su trabajo “Perfil neuropsicológico de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia”, destaca la presencia de alteraciones atencionales y cognitivas, que se relacionan con deterioro en el funcionamiento diario, justificando, a partir de los resultados obtenidos, la necesidad de aplicar programas de rehabilitación cognitiva en el tratamiento de estos pacientes. Este trabajo contribuye a fortalecer la relevancia del estudio entre el déficit atencional y la imposibilidad de un desarrollo cognitivo que le permita superar las barreras de integración social que actúan en desmedro de su calidad de vida.

Luego de aplicar una batería de evaluación neuropsicológica a 14 pacientes que siguen tratamiento en un centro de rehabilitación psicosocial, Piñón (2018) obtiene como resultado que

los pacientes muestran la existencia de deterioro cognitivo moderado, déficits en velocidad de procesamiento lector y viso-espacial, afectación severa de subprocesos de atención sostenida, selectiva y alternante, y del componente ejecutivo de flexibilidad cognitiva, así como dificultades en la actividad social, laboral o escolar y un perfil sintomatológico caracterizado por manifestaciones clínicas de obsesión /compulsión y psicoticismo.

Para el presente trabajo de investigación, cuyo foco es la atencionalidad en pacientes con esquizofrenia, resultan fundamentales los resultados que Piñón (2018) obtuvo con respecto a este factor.

En relación a la atención, se han descrito modelos clínicos de la atención basados en la investigación experimental y en la observación clínica. Teniendo en cuenta el modelo clínico de la atención, que la divide en diferentes subprocesos, nuestros resultados indican adecuado arousal (activación) y atención focalizada (dígitos WAIS-III)⁵, pero dificultades en atención sostenida (TMT-A)⁶ y alternante (TMT-B), y leves dificultades en atención selectiva (STROOP-Colores)⁷. Los déficits en los subprocesos atencionales se corresponden con dificultades a la hora de mantener la atención cuando las tareas requeridas resultan aburridas o monótonas, cuando tienen que seleccionar la información relevante que deben atender y la irrelevante que deben ignorar, o cuando tienen que ser flexibles y deben adaptar su comportamiento a situaciones novedosas o cambiantes. En este sentido, numerosos estudios coinciden al encontrar

⁵ WAIS-III - Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos. Es un instrumento clínico que mantiene las características fundamentales del WAIS y su revisión, proporciona datos normativos actuales así como materiales, contenidos y procedimientos de administración actualizados. Como novedad permite otras agrupaciones basadas en unos aspectos más precisos del funcionamiento cognitivo, que dan lugar a los índices de Comprensión Verbal (CV), Organización Perceptual (OP), Memoria de Trabajo (MT) y Velocidad de Proceso (VP). Permite el diagnóstico del retraso mental, déficit neurológico y sujetos superdotados.

<https://www.ulima.edu.pe/pregrado/psicologia/gabinete-psicometrico/wais-iii-escala-de-inteligencia-de-wechsler-para-adultos>

⁶ Test del trazo (Trail Making Test) Test utilizado para evaluar la atención, la flexibilidad del pensamiento y la habilidad visuoespacial. Consta de dos partes: en la primera hay que unir rápidamente con líneas los números, estando estos colocados aleatoriamente en orden numérico y en la segunda es preciso unir los números y las letras con líneas, estando estos colocados aleatoriamente, por ejemplo uniendo el 1 con la A, el 2 con la B, etc.

<https://psiquiatria.com/glosario/test-del-trazo>

⁷ El Test de Colores y Palabras, conocido como STROOP, es una prueba de referencia para la detección de problemas neuropsicológicos y daños cerebrales. Permite evaluar el fenómeno de la interferencia, íntimamente ligado a procesos de control inhibitorio.

<https://psiquiatria.com/glosario/test-del-trazo>

que los pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia presentan déficits en los subprocesos de atención sostenida y selectiva.

Las conclusiones obtenidas por los autores señalan que existen alteraciones cognitivas, atencionales y ejecutivas en los pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia de la muestra. En tal sentido, la descripción del perfil neuropsicológico puede ayudar a objetivar procesos deficitarios y conservados en cada paciente, facilitando el diagnóstico diferencial, lo que permite definir sus necesidades individuales de intervención y el diseño de intervenciones terapéuticas específicas para su rehabilitación neurocognitiva.

Se ha seleccionado la Propuesta de intervención Psicopedagógica de Yudy Asledy Ruiz Mosquera del año 2018, en el marco de la Universidad Internacional de La Rioja, donde mediante un estudio de caso presenta un diseño de una propuesta de intervención en una escuela en Medellín Colombia para propiciar el desarrollo de las competencias biopsicosociales de una alumna de 14 años con esquizofrenia desde la perspectiva de la inclusión. Ruiz Mosquera con el objeto de realizar un recorte val marco meteórico como sustento de la intervención, realizó una investigación previa del contexto sociocultural y relacional de la adolescente, del que resultaron las categorías: intervención pedagógica, familia-escuela y docentes-tutores.

Como resultados relevantes se arribó a que trabajar desde la inclusión, sobre las fortalezas de la estudiante propició favorecer los aprendizajes escolares, las habilidades cognitivas y atencionales, en función de esta experiencia, la autora infiere que la contención en el sistema escolar de pacientes con esquizofrenia permite fortalecer la integración de su psiquismo, la relación sujeto objeto y su inserción social, permitiéndole construir a la adolescente un proyecto educacional y vocacional.

En los párrafos precedentes se han presentado trabajos vinculados a la comprensión del perfil neuropsicológico y cognitivo de pacientes con esquizofrenia. Continuando con esta perspectiva el trabajo de Correa Caruncho, Constanza Nicol del año 2019, “Caracterización del déficit atencional en esquizofrenia mediante un procedimiento de bloqueo realizado en una muestra de pacientes, controles y estudiantes universitarios”, mediante método de intervención de diseño experimental de tipo exploratorio, sobre una muestra de 22 pacientes, 22 controles y 24 estudiantes de la universidad de Talca, Chile, avanza en el mismo sentido, haciendo foco en la intencionalidad de los individuos con esquizofrenia, con el objeto de describir y caracterizar el

déficit atencional que presenta dicha patología. Trabajando a partir de una hipótesis que sostiene que los estímulos predictivos desarrollaran un mayor causal que los estudios no predictivos de las consecuencias.

Si bien el trabajo de Correa Caruncho (2019) no alcanza a verificar la hipótesis inicial, llega a resultados que constituyen significativos aportes al presente proyecto de investigación; por un lado los pacientes estables clínicamente presentan conservadas en gran la memoria, la atención y la selección de información, por otra parte pone énfasis en la importancia de intervenir en favor de la conservación de las facultades cognitivas desde edad temprana, niñez, adolescencia y jóvenes adultos; y por último debemos destacar que se diferencian los niveles de aprendizaje de acuerdo al subtipo de esquizofrenia, señalando que los pacientes paranoides son los que desarrollan un mayor grado de aprendizajes.

Resulta interesante y pertinente incorporar a este apartado el trabajo de fin de grado realizado en la Universidad de La Laguna, Tenerife, España por Raquel Sánchez Gutiérrez, presentado en el año 2019: “Dificultades del lenguaje y la comunicación en personas con esquizofrenia”, que aborda el problema del lenguaje y la comunicación en la esquizofrenia, teniendo como objetivo conocer, qué áreas del lenguaje y la comunicación se encuentran más afectadas en este grupo de pacientes.

Sánchez Gutiérrez (2019) llevó a cabo un trabajo de revisión bibliográfica con el objeto de conocer y describir los trastornos del habla y la comunicación en personas con esquizofrenia. En función de esta investigación bibliográfica, obtuvo como resultados que las personas con esquizofrenia tienen dificultades en el área semántica, vale decir alteraciones en las tareas de decisión léxica, en la homonimia y desorganización en el almacenamiento, la recuperación y la organización de la información y pragmática del lenguaje, esto último implica alteraciones en la cohesión y el discurso. Al mismo tiempo, la autora destaca la prevalencia de inhibiciones en las habilidades comunicativas, hecho que lo relaciona con la imposibilidad de mantener la atención en forma sostenida.

Los resultados de esta indagación bibliográfica dan cuenta de tres aspectos fundamentales constitutivos de los impedimentos para comunicarse y por ende mantener la atención. En los mismos se describen las dificultades en el área semántica, en el área pragmática y la prevalencia de las distorsiones del lenguaje, que caracterizan de las personas con esquizofrenia.

El área semántica se refiere al estudio del significado de los signos lingüísticos y de sus combinaciones, y se encuentra bastante afectado en este grupo poblacional. Como consecuencia, las personas con esquizofrenia pueden tener grandes dificultades al encontrarse en el rol de emisor, puesto que elaboran y otorgan descripciones inadecuadas a las necesidades del receptor, debido a su discurso empobrecido y al uso excesivo de monólogos (Addington, & Addington, 2006; Leroy, & Beaune, 2008; Salavera, 1999; citado por Salavera, 2010; López, 2014; Salavera, & Puyuelo, 2010).

Las personas con esquizofrenia, por lo general, presentan una mayor desorganización en el almacenamiento, recuperación y organización de la información semántica, que aquellas que no padecen esta condición, al mismo tiempo que, como consecuencia del déficit atencional, tienen serias dificultades en las tareas de decisión léxica, es decir en la elección de las palabras adecuadas para la construcción de un discurso, situación que se traduce en la distorsión y alteración del lenguaje (Addington, & Addington, 2006; Leroy, & Beaune, 2008; Salavera, 1999; citado por Salavera, 2010; López, 2014; Salavera, & Puyuelo, 2010). Dentro de este campo, Sánchez Gutiérrez, analiza el caso de la homonimia, es decir aquellas palabras que se escriben de la misma forma pero difieren en su significado, citando en su escrito una serie de estudios psicolingüísticos que demuestran que los pacientes con esquizofrenia tienen mayor dificultad en su reconocimiento y uso, hecho que depende de dos factores, por un lado la frecuencia del uso de los determinados significados de la palabra y por otro el contexto en el que se encuentra, como un texto o una conversación. Demostrándose, en dichos estudios, que los sujetos con esquizofrenia muestran preferencia por el significado más frecuente de la palabra frente a los menos frecuentes, independientemente del contexto, lo que puede atribuirse al déficit atencional y a la falta de plasticidad en su constructo comunicacional (Coney, & Evans, 1998).

En el área pragmática, Sánchez Gutiérrez señala que uno de los aspectos alterados en los individuos con esquizofrenia es la cohesión, esta se define como la capacidad de relacionar una serie de enunciados a través de palabras y estructuras de frases explícitas como pronombres, conjunciones, elipsis, repeticiones, entre otros elementos cohesivos.

Asimismo, la competencia lingüística afectada no es sólo la cohesión, sino también la coherencia, dado que el discurso de los esquizofrénicos está caracterizado por la ausencia de contenido. Este trabajo refiere que los sujetos con esquizofrenia podían tener un discurso

circunstancial, donde la comunicación se hace extensa, costándoles diferenciar lo esencial de lo accesorio; un discurso autorreferencial, llevando el tema hacia ellos mismos aunque sea un tema neutro; y un discurso tangencial, donde ofrecen respuestas irrelevantes. Situación que se asocia con la incapacidad de seleccionar la información y categorizarla, porque no pueden distinguir los estímulos irrelevantes de los importantes (Salavera, Martínez & Barcelona, 2009; citado por López, 2014).

En lo que respecta a las distorsiones características en el lenguaje de las personas con esquizofrenia, Sánchez Gutiérrez observa tres tipos de distorsiones: verbales, no verbales y paralingüísticas, atribuyendo a esta problemática a que gran parte de los sujetos con esquizofrenia cuentan con escasas relaciones sociales, conformadas, en el mayor de los casos, por el entorno familiar primario cercanos, hecho que dificulta la posibilidad de poder entrenarse en la adquisición de habilidades sociales y comunicativas adecuadas, debido a la falta de relaciones en su entorno.

En la investigación de recorrido bibliográfico de Sánchez Gutiérrez (2019) se evalúa como la esquizofrenia afecta el lenguaje de las personas que lo padecen, esto se produce en distintos planos. Por un lado, el plano semántico, que se caracteriza con alteraciones en las tareas de decisión léxica, en la homonimia y en una mayor desorganización en el almacenamiento, la recuperación y la organización de la información, esto último determinado por la imposibilidad, en la mayoría de los casos, de mantener una atención sostenida. El otro plano del lenguaje que se ve afectado por la esquizofrenia y que resulta consecuencia directa del déficit atencional, es el pragmático del lenguaje, que se manifiesta en alteraciones en la cohesión y el discurso.

Esta discapacidad, que puede afectar al desempeño educativo, relacional y laboral por la edad de debut de esta enfermedad, que suele ser al final de la segunda década de vida. Dada la inhibición de las habilidades comunicativas y sociales, que devienen de los déficit descritos anteriormente, las personas con esquizofrenia suelen sufrir estigmatización, discriminación y violación de sus derechos humanos (OPS, 2018). Ese estigma puede llevar a las personas con esquizofrenia a un aislamiento del resto de la población, profundizando sus inhabilidades sociales.

En cuanto al problema que es objeto de estudio de nuestro trabajo de investigación, Sánchez Gutiérrez (2019) destaca que las personas con esquizofrenia pueden presentar una mayor desorganización en el almacenamiento, la recuperación y la organización de la información semántica que las personas sin esquizofrenia y esto se debe a la imposibilidad de mantener la atención.

En el marco de la Universidad Católica San Pablo y para obtener el título de Bachiller en Psicología, Curse Pinto y Guzmán Chiroque (2020) en Arequipa, Perú, en su trabajo de investigación “Aplicaciones del Hinting Task⁸ en pacientes con esquizofrenia entre los años 2015 al 2020: Una Revisión de la Literatura”, partiendo de la Teoría de la Mente⁹, que ha sido ampliamente relacionada con la esquizofrenia a partir de las investigaciones de Frith (1992), que requerían de instrumentos para indagar el deterioro atencional, de memoria y de comprensión verbal, por lo que se diseñaron diversos test, entre los cuales el Hinting Task contribuyó a una más profunda comprensión de la esquizofrenia, posibilitando un mejor diagnóstico y la aplicación de planes psicoterapéuticos que promuevan una mejor calidad de vida en las personas con esta condición.

Las autoras de esta investigación indagan el papel que ocupa la teoría de la mente en la esquizofrenia. Esta teoría, anteriormente, ha sido relacionada con patologías como Trastorno de Espectro Autista (TEA), Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad (TDAH). Dada la relación establecida entre esta teoría con los déficit atencionales, resultó relevante, para el presente trabajo, la lectura de los aportes de Curse Pinto y Guzmán Chiroque (2020).

Pinto y Chiroque definen dentro del marco de la teoría de la mente el concepto de cognición social como producto conductual del cerebro social (Nymo et al., 2018), se trata de un

⁸ Hinting Task: test que incluye diez historias breves, con el objetivo de reducir las interferencias del posible deterioro en atención, memoria o en comprensión verbal, que el evaluador puede leer a los sujetos las veces que sea necesario para asegurar una correcta comprensión de las mismas.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-adaptacion-al-espanol-prueba-teoria-S1888989111001819>

⁹ Teoría de la Mente como la habilidad de inferir estados mentales (pensamiento, deseos, intenciones...) en otra persona, y utilizar dicha información para interpretar y predecir la conducta, así como regular y organizar el propio comportamiento. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80115648010.pdf>

conjunto de habilidades imprescindibles para desempeñarse de modo efectivo en el contexto social.

El concepto de Teoría de la Mente se refiere a la habilidad para comprender y anticipar la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias, a partir de la construcción de herramientas y mecanismos que reúnen aspectos metacognitivos, tales como la interpretación de emociones básicas, la capacidad de captar el discurso metafórico, las mentiras o la ironía, la posibilidad de interpretar emociones sociales complejas a través de la mirada o la cognición social y la empatía, todos ellos dependientes de la atencionalidad (Ustárroz et al., 2007).

La cognición social, cuyo desarrollo se ve disminuido como consecuencia del déficit atencional en los individuos con esquizofrenia, es un proceso complejo en el que existen mecanismos para percibir, procesar y evaluar los estímulos, lo que permite alcanzar una representación del contexto social. Neurocognitivamente intervienen regiones del lóbulo temporal, como el giro fusiforme y el surco temporal superior, trabajan junto con un grupo de estructuras en las que se incluyen la amígdala, el córtex orbitofrontal, el cíngulo anterior y posterior y la corteza somatosensorial derecha. Este sistema procesa la información, enviándola a un sistema efector compuesto de estructuras como los ganglios basales, la corteza motora y el hipotálamo, que permiten la emisión de una conducta social (Ustárroz et al., 2007).

La cognición social es reconocida desde el año 2003 a partir de un proyecto de investigación en la mediación y tratamiento para mejorar la cognición en esquizofrenia (MATRICS). Este proyecto consideró la cognición social como el séptimo dominio cognitivo afectado en la esquizofrenia, después de la velocidad de procesamiento, atención, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, y razonamiento y solución de problemas (Rodríguez, 2015).

Las autoras de este trabajo de revisión bibliográfica, concluyen que la mayoría de los autores coinciden en que la cognición social es un constructo multidimensional, que incluye cinco áreas o procesos básicos: teoría de la mente, procesamiento emocional, percepción social, conocimiento social y estilo atribucional.

En cuanto a la relación entre la relación entre esquizofrenia y cognición social, el trabajo de Pinto y Chiroque señala que esta característica es un rasgo endofenotípico de esta enfermedad y esto significa que estará presente y será constante en estos pacientes. El déficit en la cognición social es un rasgo que permanece aún después que la persona haya alcanzado la mejoría, apoyando esta afirmación en la hipótesis genética, que se apoya en la existencia de una relación endofenotípica de tipo rasgo, sin embargo no todos los pacientes sufren esta condición.

La investigación hecha por Hajdúk, Harvey, Penn y Pinkham (2017)¹⁰ revelan que las dificultades de cognición social en la esquizofrenia no se muestran en todos los pacientes, dado que existen distintos niveles de deterioro cognitivo social en esta enfermedad, encontrando que un 25% de la muestra de trescientos cincuenta y cuatro pacientes no presenta problemas en la cognición social, afirmando que los pacientes con mayor déficit en la cognición social eran mayores, menos educados y con una mayor discapacidad neurocognitiva, tal como sucede con las internas crónicas del Hospital Braulio Moyano.

En cuanto a la relación de síntomas positivos, como la paranoia o la sintomatología psicótica, Pinto y Chiroque señalan que los autores relevados los consideran de gran influencia en la cognición social en individuos con esquizofrenia. Destacando las conclusiones a las que ha abordado Serret (2015), quien encontró que a mayor sintomatología psicótica existe mayor dificultad en el estilo atribucional y reconocimiento emocional, en especial en emociones como el miedo y la tristeza, sin embargo, existe una mayor relación entre teoría de la mente y síntomas negativos. Así mismo, mencionan en dicha investigación bibliográfica, a Pinkham, Harvey y Penn (2016), quienes sostienen como explicación posible a las disfunciones sociales, la presencia de síntomas paranoides. Ya que se observa que poseen atribuciones hostiles y culpables y deficiencias en relaciones y aceptación.

En relación a la intencionalidad, en este trabajo se la vincula con los síntomas negativos de la esquizofrenia, recalcando en función al Hinting Task, la prevalencia de retraimiento

¹⁰ Si bien este trabajo excede el marco temporal establecido con respecto a la fecha de presentación de esta investigación, siendo que el mismo corresponde al Proyecto que le da origen y siendo sus conceptos relevantes para su abordaje, se conserva en el Estado del Arte, aunque para cumplimentar con las últimas indicaciones se incluyan nuevos trabajos con fecha posterior.

social, pensamiento abstracto pobre y un rendimiento significativamente más deteriorado en áreas de percepción emocional en relación con los demás.

La relación entre la teoría de la mente y la esquizofrenia, se da por ser un factor explicativo de los síntomas negativos. Cuando existe una alteración en la teoría de la mente se generan dificultades en la interpretación como resultado de sus propias intenciones, y como un fallo en el seguimiento y la intención de la acción (Frith, 1992).

En su trabajo de investigación bibliográfica, Curse Pinto y Guzmán Chiroque (2020) alcanzan resultados significativos, que demuestran que la presencia de los síntomas negativos y cognitivos determinan una mayor prevalencia del deterioro atencional, de acuerdo a diversas aplicaciones del test Hinting Task en pacientes con esquizofrenia. En este punto debemos realizar una aproximación a los mencionados indicios de la condición esquizofrénica. Los síntomas negativos incluyen la pérdida de motivación, de interés o del disfrute de las actividades cotidianas, así como una notable pérdida de vida social, dificultad para mostrar emociones y problemas para funcionar normalmente. Entre los síntomas negativos se destacan:

- Presentar dificultades para planificar y ceñirse a las actividades simples, que hacen al hacer diario, como por ejemplo tareas de higiene, de relación con el afuera y con su entorno familiar o inmediato.
- Poseer dificultad para prever y sentir placer en la vida cotidiana.
- Hablar con voz apagada y mostrar una expresión facial limitada.
- Eludir la interacción social o interactuar de manera socialmente incómoda.
- Tener muy poca energía y dedicar mucho tiempo a actividades pasivas. En casos extremos, una persona puede dejar de moverse o hablar por un tiempo, lo que es una condición poco común llamada catatonía.

Los síntomas negativos, por lo general van asociados a los cognitivos que son los que inciden en la condición que es objeto de indagación en nuestro trabajo, estos incluyen problemas de atención, concentración y memoria. Estos síntomas pueden dificultar el seguimiento de una conversación, el aprendizaje de nuevos saberes o habilidades o recordar lo aprendido. El nivel de funcionamiento cognitivo de una persona es uno de los mejores predictores de su funcionamiento diario, el mismo se evalúa mediante pruebas específicas y en la esquizofrenia, los síntomas cognitivos incluyen:

- Dificultad para procesar la información y por ende para la toma de decisiones en función de dicha información.
- Problemas para usar la información inmediatamente después de aprenderla.
- Dificultad para concentrarse o prestar atención, lo que genera un déficit en la valoración del entorno y en la interacción con el mismo.

Los autores consultados por las investigadoras coinciden en afirmar que un déficit de teoría de la mente está asociado con la sintomatología negativa (Giralt-López et al., 2019; Rodríguez, 2015; Serret, 2015), con la sintomatología positiva (Giralt-López et al., 2019; Pinkham et al. 2016; Serret, 2015; Popolo et al., 2016) e incluso con la sintomatología general (Lahera et al., 2015; Popolo et al., 2016).

Teniendo en cuenta que la teoría de la mente se define como la habilidad de inferir estados mentales (pensamiento, deseos, intenciones, etc.) en otra persona, y utilizar dicha información para interpretar y predecir la conducta, así como regular y organizar el propio comportamiento, es decir, poder prestar atención al otro y a los estímulos del entorno para poder actuar, resulta de suma importancia incorporar el trabajo de Curse Pinto y Guzmán Chiroque (2020) como parte del eje sobre el cual se construye la presente investigación.

De acuerdo a Medel Serrano (2021) y a la recopilación bibliográfica que ha realizado en su trabajo “Implicaciones de la esquizofrenia en las personas que la padecen”, uno de los aspectos más inhibitorios del pleno desarrollo y la integración social de los pacientes esquizofrénicos es la dificultad para distinguir entre información fundamental y accesoria o irrelevante. Esta incapacidad es una de las consecuencias del déficit de atención, acompañado de la incapacidad para seleccionar los estímulos importantes y descartar o filtrar los irrelevantes, esto se debe a la P50, proteína que evoca un potencial en el hipocampo y por un sobre exceso de dopamina que se desregulariza ocasionando el no poder discriminar entre los estímulos ya mencionados (García-Anaya, et al., 2006).

El déficit atencional para Medel Serrano puede preceder al diagnóstico de la enfermedad psicótica en individuos genéticamente vulnerables para la esquizofrenia.

Dentro de las conclusiones del trabajo de Medel Serrano (2021), debe destacarse la importancia que este autor atribuye a definir los déficits o funciones más afectadas por

esta patología: la atención, la memoria, las habilidades visuales, la motricidad fina, el aprendizaje y las funciones ejecutivas, las cuales pueden estar alteradas incluso antes del diagnóstico de la enfermedad, dado que resulta de fundamental importancia su identificación con la finalidad de poder identificar fácilmente las dificultades de una persona con esquizofrenia.

Asimismo, Medel Serrano (2021) sostiene que conjuntamente con el tratamiento con psicofármacos, es fundamental implementar la terapia cognitivo-conductual, puesto que esta es muy efectiva en la disminución de los síntomas negativos y mejora en algunos pacientes déficits atencionales y en consecuencia al fortalecer la atención permite un mejor desarrollo cognitivos, evidenciándose, en los pacientes, una mejoría en la inclusión social, realización de tareas y actividades cotidianas, como el cuidado e higiene personal, disminuyendo la distracción y mejorando la concentración.

Continuando con el recorrido por el estado del arte y como elementos fundamentales para el desarrollo de esta investigación, debe mencionarse el trabajo de Martínez León y Jiménez Carrascal realizado en el marco de la Universidad de Antioquia, Colombia, denominado “Revisión sistemática de las alteraciones de las funciones ejecutivas en pacientes con esquizofrenia desde el año 2016 hasta el año 2022”.

En este trabajo, las autoras definen los síntomas de la esquizofrenia, aportando claramente conceptos que se han de profundizado en los capítulos siguientes de nuestro trabajo, estos son:

- Sintomatología positiva: presencia de ciertos fenómenos que implican un exceso o distorsión de una función normal (alucinaciones y delirios).
- Sintomatología negativa: ausencia de ciertas funciones o aspectos que reflejan una disminución o pérdida de una función normal (apatía, aplanamiento afectivo, pobreza en el discurso, anhedonia y pérdida de deseo de interacción social).
- Síntomas cognitivos: desorganización del pensamiento, la elogia, el deterioro de las capacidades cognitivas y las conductas inadecuadas. Estas alteraciones, que son inherentes al desarrollo de la esquizofrenia, tienen un impacto directo en las funciones ejecutivas y otros procesos como la vigilancia, la velocidad motora las habilidades visomotoras, la memoria de trabajo, las habilidades

perceptuales, la memoria de reconocimiento, y fundamentalmente la atención. Estos deterioros cognitivos afectan la capacidad de afrontamiento a las situaciones cotidianas que involucran las relaciones interpersonales y deja al individuo que lo padece más vulnerable al estrés social deteriorando su calidad de vida.

En concordancia con el objetivo de este trabajo, que es investigar, a partir de una muestra de entrevistas a profesionales de la salud, el problema atencional de pacientes adultas con esquizofrenia del Hospital Braulio Moyano, se incorporó al estado del arte el trabajo de José Manuel Villanueva Alvarado (2021) “Deterioro cognitivo en adultos con esquizofrenia en instituciones psiquiátricas privadas de Lima” . El autor realizó su estudio en el ámbito de instituciones psiquiátricas, donde al igual que sucede en el Hospital Braulio Moyano, la cronicidad de las pacientes con esquizofrenia resulta de gran prevalencia.

Villanueva Alvarado (2021) parte de la siguiente pregunta problematizadora: “¿Existe la presencia de deterioro cognitivo en pacientes adultos con esquizofrenia internados en instituciones psiquiátricas privadas?”, para describir la presencia de deterioro cognitivo y atencional en pacientes esquizofrénicos internados mediante su desempeño en el Test del Dibujo del Reloj Versión Manos (TDR-M)¹¹. La aplicación de dicho test en pacientes pertenecientes a la población indicada arrojó como resultado que de los participantes, de un rango etario de 40 años a más, el 57.1% obtienen una mayor frecuencia de un nivel “grave” deterioro atencional y cognitivo, situación que afecta la funcionalidad del paciente.

En la tesis de Villanueva Alvarado (2021) se establece que en los pacientes de internación crónica existe una mayor afectación del funcionamiento social, a partir del

¹¹ La prueba de dibujo del reloj versión de Manos (PDR-M) es un instrumento de evaluación cognitiva breve para la detección de demencia. Objetivos. Evaluar la validez y confiabilidad de la PDR-M para discriminar entre pacientes con demencia y sujetos controles sanos. Valora habilidades cognitivas, tales como la atención sostenida y selectiva, comprensión auditiva, memoria de trabajo verbal, conocimiento numérico, cálculo matemático, memoria y reconstrucción visual, habilidades visoespaciales y funciones ejecutivas
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n1/a05v28n1>

deterioro atencional y cognitivo. El grado de afectación de la esquizofrenia es descrito en la citada investigación, a partir de dos características degenerativas: el deterioro cognitivo y la pérdida de funcionalidad. En relación con este estudio realizado sobre pacientes esquizofrénicos de internación crónica en Lima, se corrobora la presencia de deterioro de aspectos cognitivos de atención, memoria, inteligencia y habilidades visoespaciales. Dicho deterioro incide negativamente en el desempeño social de las personas afectadas por esta enfermedad.

Coincidiendo con las conclusiones de Villanueva Alvarado (2021), Vaskin et. al. (2020) en un estudio previo al ya citado: “Cognición no social como fundamento en la teoría de la mente en esquizofrenia” consideran que conocer el grado de afección en la cognición, tanto social y no social de los pacientes, resultan determinantes para predecir el resultado de la funcionalidad del paciente con esquizofrenia a lo largo del tiempo.

Se ha seleccionado y analizado el trabajo de María Belén Marcos Rubio (2021) “La Esquizofrenia: Concepto, sintomatología y actualidad”, realizado en Madrid, España; donde se describe y conceptualiza la esquizofrenia, definiéndose los síntomas, impacto en la población y el enfoque actual sobre los individuos afectados por esta patología. El objetivo de este Trabajo es revisar el concepto de esquizofrenia para poder aumentar el conocimiento sobre el trastorno y la manera en la que se manifiesta. Mediante una revisión bibliográfica, en la que se caracterizan los síntomas de la enfermedad y un recorrido histórico de la evolución del conocimiento sobre la misma, la autora busca facilitar la comprensión de esta enfermedad mental.

En este trabajo, Marcos Rubio (2021) destaca la cognición social como una de las funciones que sufre una alteración fundamental a raíz de la esquizofrenia y esa alteración parece surgir de la incapacidad de sostener la atención, es decir la capacidad de percibir y reaccionar ante las propias experiencias emocionales, y de interpretar las actuaciones emocionales de los demás. Por ende, el funcionamiento de la persona en ámbitos sociales empeora influido por el desorden que tienen en la percepción de las emociones y de la sociedad.

Por último y cerrando el Estado del Arte, resulta pertinente la incorporación a este capítulo del Trabajo Integrador Final de María Daniela Hidalgo (2022) sobre un

dispositivo promotor de la salud mental e integración social en la Ciudad de Córdoba:
“Taller de música de un centro de día de la ciudad de Córdoba: un dispositivo promotor de salud mental y la construcción de lazos sociales”.

El mismo indaga sobre los resultados obtenidos en un taller de música, tomando conceptos teóricos acerca de los Centros de día, los talleres y sus objetivos como dispositivos promotores de salud mental en relación a la ley nacional 26.657 y su articulación con la promoción de los lazos sociales, a partir del trabajo con grupos, el psicoanálisis y la intervención psicopedagógica.

El taller se basa en la sistematización de la práctica, es decir en la reiteración de acciones para ser recordadas, trabajando sobre la recuperación del proceso vivido y con la sistematización de experiencias propiamente dicha. Los objetivos del trabajo de María Daniela Hidalgo (2022) plantean la importancia de incorporar talleres a la atención en salud mental, a la hora de recuperar y/o desarrollar habilidades sociales y cognitivas.

Daniela Hidalgo (2022) observa en su estudio de caso que el arte como recurso que propicia el mantenimiento y la recuperación de aspectos sociales y cognitivos en salud mental, concluyendo que resulta relevante trabajar en el contexto de un taller de música para abordar la inclusión social, que les permite a los sujetos en muchos casos, relacionarse, establecer vínculos con los otros y sentirse parte, poniendo en marcha deseos personales ya que el arte cuenta con ciertas características que suscitan en los individuos una subjetividad.

Por último, puede afirmarse que la previa revisión bibliográfica constituye el punto de partida para la construcción del presente trabajo de investigación acerca del déficit atencional en pacientes crónicas del Hospital Braulio Moyano, donde se intenta construir un marco teórico para investigaciones e intervenciones futuras.

MARCO TEÓRICO

ESQUIZOFRENIA

El vocablo esquizofrenia etiológicamente proviene de dos palabras griegas: esquizo, que significa escindir y frenia mente, fue utilizado por primera vez en 1908 por Bleuler ¹². Dicho término hace referencia a que la mente está escindida de la realidad, es decir que el sujeto vive conforme a su experiencia alterada y no dentro de los cánones sociales.

Bleuler (1911) consideraba que el rasgo más característico de este trastorno era la escisión del yo y la disgregación de funciones, lo que se traduce en una alteración en unidad y coherencia de la conciencia, que si se interviene a tiempo puede curarse. Otros autores como Kraepelin (1896) llamaban a esta enfermedad Demencia precoz, por su manifestación temprana (en la adolescencia). Sin embargo es Bleuler, que incluso cita en su trabajo a Wernicke (s.f.), quien describió a un paciente que presentaba varias personalidades distintas de forma simultánea, ligando así el concepto de esquizofrenia con el de personalidad múltiple, quien logra definir y nombrar de forma definitiva esta enfermedad (Marcos Rubio, 2021).

Según la OMS, la esquizofrenia es un trastorno mental grave, que a escala mundial afecta a aproximadamente 24 millones de personas, es decir afecta al 1 % de la población mundial y su prevalencia no difiere sustancialmente entre hombres y mujeres.

Así mismo, esta organización sostiene que es habitual que las personas que padecen esquizofrenia sean estigmatizadas, sufren discriminación y la violación de sus Derechos Humanos. A nivel mundial más de 2 de cada tres pacientes no tienen acceso a la atención en salud mental, sin embargo existen, en la actualidad, opciones de tratamiento eficaces para los pacientes con esquizofrenia y al menos una de cada tres de ellas podrá recuperarse por completo (OMS, 2022) .

Según DSM V, la esquizofrenia se caracteriza por psicosis, es decir por la pérdida de contacto con la realidad, presencia de alucinaciones o percepciones falsas, delirios, habla y conductas desorganizadas, afecto aplanado que se traduce en un rango emocional restringido, déficits cognitivos que se expresa en el deterioro del razonamiento y la capacidad resolutive,

¹² <http://etimologias.dechile.net/?esquizofrenia>

pensamiento y lenguaje desorganizado, trastornos motores, pérdida de contacto con la realidad y por último en la disfunción laboral y social. Si bien, la causa se desconoce, existen evidencias referidas a componentes genéticos y ambientales. Existen factores de riesgo como la vida urbana, la pobreza, los traumas infantiles, el abandono y las infecciones prenatales (Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, 2014).

Los síntomas se manifiestan por primera vez, por lo general, en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta, uno o más episodios sintomáticos deben durar aproximadamente 6 meses para poder diagnosticar esta patología. Se emplea en el tratamiento, frecuentemente, terapias combinadas (farmacoterapia, terapia cognitiva, rehabilitación psicosocial, etc.). La edad promedio de manifestación de la enfermedad se sitúa a principios o mediados de la tercera década en mujeres y un poco antes en hombres, destacándose que el 40% de los hombres tiene su primer episodio esquizofrénico antes de los 20 años. Es inusitado que se manifieste en la infancia aunque no imposible; puede producirse como se ha expresado anteriormente al comienzo de la adolescencia y también en la ancianidad (parafrenia). (DSM V, 2020).

Etiología

Como ya se ha expresado anteriormente, la esquizofrenia tiene un fundamento biológico, que se pone en evidencia en la existencia de alteraciones en la estructura encefálica, como por ejemplo el aumento de tamaño de los ventrículos cerebrales, adelgazamiento de la corteza cerebral, la reducción del tamaño del hipocampo anterior y otras regiones del encéfalo (Tornese, 2008).

Pueden verificarse, además, cambios a nivel neuroquímico, fundamentalmente, actividad alterada de los marcadores de la transmisión de dopamina y glutamato. Al mismo tiempo, como ya se ha indicado, existe en esta enfermedad componentes genéticos y según los adelantos alcanzados en el campo de la neurociencia, la esquizofrenia aparece con más frecuencia en personas vulnerables durante el desarrollo nervioso, y el inicio, la remisión y la reaparición de los síntomas responden a las interacciones producidas entre estas vulnerabilidades duraderas y los factores estresantes medioambientales (Tornese, 2008).

Vulnerabilidad

Si bien, se trata de una enfermedad de mínima prevalencia en la infancia, por tratarse de una etapa de gran vulnerabilidad, los acontecimientos traumáticos que puedan producirse en la

vida prenatal o en la infancia, tales como, complicaciones intrauterinas durante el parto, infecciones virales que afecten al Sistema Nervioso Central, traumatismos, traumas psicológicos e incluso abandono, pueden actuar como detonantes para su desarrollo en la adolescencia o edad adulta (Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2014).

La vulnerabilidad a la vez puede estar definida por factores de índole genético, estudios neurobiológicos y neuropsiquiátricos, ponen en evidencia el aumento de la incidencia de pruebas de seguimiento visual aberrante, deterioro de la cognición y la atención, y una captación deficiente de los estímulos sensitivos entre los pacientes con esquizofrenia que entre la población general. Dichas características de vulnerabilidad pueden estar presente entre familiares de primer grado de pacientes con esquizofrenia, lo que verifica la hipótesis de que una de las causas de esta condición psiquiátrica es hereditaria (Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2014).

Factores Ambientales

Los factores medioambientales actúan como catalizadores sobre individuos vulnerables, pudiendo detonar la aparición o recaída de los episodios sintomáticos psicóticos. Entre estos pueden diferenciarse los relacionados con el consumo de fármacos o drogas como la marihuana o sociales, donde las relaciones interpersonales, condiciones de pobreza, marginalidad o emocionales constituyen a incrementar el riesgo de una crisis esquizofrénica. Actualmente, existen investigaciones que indican que ciertos eventos ambientales pueden dar comienzo a cambios epigenéticos que podrían influir en la transcripción de genes y el inicio de esta enfermedad, (Schizophrenia Corning Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2014).

El concepto de epigenética se refiere a los cambios que activan o no a los genes sin cambiar la secuencia del ADN, a causa de la edad y la exposición a factores ambientales (alimentación, ejercicio, medicamentos y sustancias químicas), pudiendo estos cambios modificar el riesgo de enfermedades que a veces pasan de padres a hijos¹³. Vale decir decir que, existen pequeñas etiquetas químicas que se agregan o eliminan del ADN en respuesta a los

¹³ Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/epigenetica>

cambios en el entorno en el que vivimos, posibilitando la adaptación a las condiciones del entorno sin causar un cambio más permanente en nuestros genomas.

La etiología de la esquizofrenia abarca tanto factores genéticos como ambientales. Entre los factores ambientales se han relacionado la zona de residencia, complicaciones obstétricas, factores infecciosos, etc. Las personas pertenecientes a zonas urbanas tienen un riesgo 35% por sobre aquellas que no pertenezcan a este ámbito, de desarrollar la enfermedad. Las complicaciones obstétricas prenatales y perinatales (incompatibilidad Rh, bajo peso al nacer y deficiencias nutricionales de la madre en el primer trimestre) se han asociado con la posibilidad de desarrollar esta enfermedad (Nelly y Murria 2000). Dado que estos factores pueden interferir con el desarrollo de la proliferación celular y la migración neuronal en el sistema nervioso (Torrey et al. 1994, Bahn 2002, Nelly y Murria 2000).

El origen genético de la esquizofrenia alcanza un 50%, comparando esta relación con otras enfermedades mentales, como por ejemplo el desorden bipolar, donde la herencia como factor determinante es de un 65% aproximadamente (Bahn 2002). Un familiar en primer grado de un individuo con esquizofrenia tiene un riesgo diez veces mayor de padecer la enfermedad comparado a la población general. El riesgo para los familiares en primer grado oscila entre un 9% y un 16%. El hijo de dos personas afectadas tiene un 46% de riesgo de presentar la enfermedad. (Faraone et al. 2002).

En gemelos monocigóticos¹⁴ la prevalencia es de un 46-53% y entre los gemelos dicigóticos¹⁵ varía de un 10% a 15%, observándose que la probabilidad de que el hijo de un gemelo monocigótico no afectado presente la enfermedad es el mismo al riesgo del hijo del gemelo afectado. Los estudios con adopciones también demuestran que el aumento del riesgo se debe principalmente a factores genéticos (Faraone et al. 2002).

¹⁴ Los gemelos idénticos también son llamados gemelos monocigotos. Son el resultado de la fecundación de un único óvulo y un único espermatozoide. Y según esas células se dividen y se multiplican, en algún momento durante las primeras fases de su desarrollo, se escinden en dos dando lugar a dos individuos. National Human Genome, Research Institute. <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Gemelos-identicos>

¹⁵ Los gemelos dicigóticos, también llamados mellizos o gemelos fraternos, ocurren cuando dos óvulos son fertilizados cada uno por un espermatozoide diferente en el mismo ciclo menstrual. National Human Genome, Research Institute. <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Gemelos-identicos>

Sin embargo, no puede afirmarse que esta enfermedad es producto de un factor único o de un gen único. Las teorías más recientes refieren que puede ser desencadenada por la herencia de cierto número de genes recesivos mutados que se expresan por efecto acumulativo y por la acción del ambiente (Risch, 1990).

La combinación de factores biológicos y ambientales, dentro de la teoría epigenética explicaría como la esquizofrenia puede desencadenarse a partir de experiencias de vidas o traumáticas que actuarían como catalizadores para la expresión del gen recesivo portador de la enfermedad. La regulación epigenética de la expresión de genes es fundamental para la existencia de los organismos multicelulares ya que permite que células con precisamente el mismo genoma y por ende el mismo juego de instrucciones genéticas, den lugar a una multitud de fenotipos, ya que esta teoría supone que las condiciones ambientales traumáticas sufridas por un individuo de un grupo familiar dejan su impronta en la estructura biológica y puede transmitirse a generaciones futuras en un porcentaje menor de padres a hijos y por acumulación de genes recesivos mayor en la generación subsiguiente (abuelos a nietos) (Henriques, M., 2019).

Síntomas de la enfermedad

Esta enfermedad, según la OMS, se caracteriza por un importante déficit de percepción de la realidad y presenta los siguientes síntomas:

- Ideas delirantes: el individuo posee la creencia errónea de que algo es verdad, a pesar de existir pruebas que demuestran lo contrario.
- Alucinaciones: el individuo oye, huele, ve, toca o siente cosas que no están presentes.
- Vivencia de influencias, control o pasividad: la vivencia de que los sentimientos, impulsos, acciones o pensamientos propios no son generados por uno mismo, sino que son otros quienes los colocan en su mente, o los apartan de ella.
- Razonamiento desorganizado: discurso confuso o inherente.
- Comportamiento desorganizado: reactividad emocional impredecible o inapropiada que interfiere con su capacidad para organizar su comportamiento.
- Alteraciones a nivel comunicativo o relacional: limitación del habla, vivencia y expresión restringidas de las emociones, incapacidad para experimentar interés o placer, y retraimiento social.

- Alteraciones motoras: agitación extrema o ralentización de los movimientos, o adopción de posturas extrañas.
- Alteraciones cognitivas: los individuos con esquizofrenia, frecuentemente, ven entorpecidas de forma persistente sus capacidades cognitivas o de pensamiento, como la memoria, la atención y la resolución de problemas.

Aproximadamente el 33% de las personas que padecen esquizofrenia experimentan una remisión completa de los síntomas, mientras que el 66 % restante experimenta el agravamiento y la cronicidad de los síntomas a lo largo de su vida, otras (OMS, 2022).

Síntomas positivos y negativos

Los síntomas positivos son aquellos donde hay más actividad en la persona con esquizofrenia, con manifestaciones de exceso de energía y tono vital. Estos se caracterizan por tener afectados los pensamientos, conductas y percepciones, situación que determina que perciba una realidad diferente. Para Fraguas y Palacios (2009) la percepción de otra realidad es un intento del individuo de sobreponerse y dar sentido al mundo y a su propio Yo. Los síntomas positivos incluyen dos dimensiones: la dimensión psicótica, que agrupa las ideas delirantes y las alucinaciones, y la dimensión de desorganización que ~~junta~~ aporta el comportamiento y el lenguaje desorganizados (Marcos Rubio, 2021).

Los síntomas negativos se relacionan con el déficit o disminución de las capacidades o condiciones habituales de los individuos, normalmente involucran las funciones afectiva, volitiva y de relación interpersonal. Dichos síntomas se expresan en la limitación para expresar emociones (aplanamiento afectivo), en la imposibilidad de mantener la fluidez del pensamiento y el lenguaje; así como también, se expresa en el déficit atencional y cognitivo, pero también en la falta de voluntad para acciones cotidianas, como la higiene y el cuidado personal (Marcos Rubio, 2021).

Fases y Clases

Las fases que atraviesa una persona con esta condición psiquiátrica son las siguientes:

- Prodrómica: los individuos pueden no mostrar síntomas o sufrir un descenso de la competencias social, cognitivas de grado, así como también la imposibilidad moderada de adaptación social. Estos rasgos se aprecian en forma retrospectiva al pasar a otra fase

y se relacionan con el deterioro de la funcionalidad social, académica y vocacional. Se trata de síntomas subclínicos relacionados con retraimiento, aislamiento, irritabilidad, distorsiones de la percepción y desorganización. La manifestación de la esquizofrenia manifiesta-ideas delirantes y alucinaciones- puede ser brusco (días o semanas) o retardado (años).

- Psicosis temprana: sintomatología activa y de gravedad.
- Intermedia: se caracteriza por manifestaciones sintomáticas episódicas, donde se presentan de modo exacerbado y con remisiones identificables o continuas, donde los defectos funcionales tienden a empeorar y a la cronicidad.
- Tardía: se establece el patrón de la enfermedad con cierta variabilidad, manteniéndose, puede tanto disminuir como agravarse.

Las clases o subtipos de esquizofrenia se sustentan para su clasificación en los tipos de síntomas negativos, relacionados con la disminución o pérdida de las funciones normales y el estado afectivo y según el DSM V (Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, 2014) son:

- Subtipo deficitario: presentan síntomas negativos prominentes que no se explican por los demás factores (depresión, ansiedad, entorno poco estimulante o reacciones adversas a fármacos, etc.).
- Subtipo sin déficit: pueden presentar delirios, alucinaciones y trastornos del pensamiento, sin embargo están relativamente libres de síntomas negativos.
-

LA ATENCIÓN

“La actividad atencional permite dejar en suspenso por unos instantes ciertas demandas internas (sensaciones corporales, dolor físico o psíquico) y otras tantas externas, para situarse en una zona intermedia de creación.”

(Fernández A. , 2013)

En el presente apartado abordaremos el tema de la atención desde dos miradas, por un lado la psicopedagógica, que se relaciona con lo cognitivo y la conducta y por

otro la que se refiere a los procesos subjetivos y deseantes, que construyen la atencionalidad, es decir desde una mirada psicoanalítica.

Asimismo, dado que la atención es un proceso mental biológico, hemos recurrido, también, para una mayor comprensión a la descripción de este fenómeno desde el punto de vista neurológico.

Según la Dra. Elba B. Tornese (2013) en su estudio “Neurociencia Aplicada a los trastornos atencionales”, donde se aborda la relación entre la atención, las funciones cognitivas y las patologías ligadas a la corteza cerebral:

“La atención se ha considerado una fracción de la información que tiene la capacidad de procesamiento en un tiempo determinado. Así, es una capacidad mental que implica la habilidad, la selectividad y la base de organización de los procesos mentales; o bien la capacidad direccional que utiliza el procesamiento para que el funcionamiento cognitivo consciente sea posible. Por lo tanto, la atención se ve implicada en el proceso cognitivo, pues constituye un proceso mental por el cual se selecciona la información relevante que nos permitirá el conocimiento del mundo (p. 17).”

Conceptualizar qué es atender es una tarea previa al diagnóstico de déficit atencional, Donald Winnicott¹⁶ aportó el marco teórico para reflexionar sobre la capacidad de atender y la actividad atencional, fundamentales para el aprendizaje, colocando su génesis en los primeros vínculos de la persona, siendo niños, con los objetos y las personas que lo rodean. El desarrollo de la comprensión del objeto demanda atención y depende más del contexto ambiental que del desarrollo madurativo, ya que la aceptación de la realidad es una tarea inconclusa que está interrelacionada con la capacidad atencional, con el pensamiento y la creatividad, en otras

¹⁶ Donald Woods Winnicott (Plymouth, 1896 - Londres, 1971) Pediatra y psicoanalista británico. Estudió en la Universidad de Cambridge y, después de ejercer la pediatría durante más de cuarenta años, se especializó en psicoanálisis infantil. Centró sus estudios en la relación madre-lactante, considerada como una unidad indisoluble, y enunció la teoría del «objeto transicional». Entre sus obras destacan *El niño y el mundo externo* (1957), *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (1958) y *La consulta terapéutica y el niño* (1971).
<https://www.biografiasyvidas.com/biografia/w/winnicott.htm>

palabras la actividad atencional permite construir la realidad desde el sujeto que aprehende al objeto. La psicopedagogía tiene como objeto procurar condiciones que promuevan el desarrollo de las capacidades con las que cuenta cada ser humano y entre estas la capacidad atencional como prioritaria para el proceso de aprender. Para definir la atención, la autora propone apartar la mirada de los déficit y ponerla en el funcionamiento de lo que se quiere “reparar”, es decir desarrollar una mirada crítica sobre lo que comúnmente se denota falta de atención (Fernández A. , 2011).

Pensar y atender están interrelacionados, dado que la capacidad atencional supone la selección y esa selección no es atenta al entorno sociohistórico de los sujetos. Al respecto, Fernández, trae a colación la frase “Me llama la atención”, puesto que destaca dos dimensiones, una es la del objeto y la otra es la del sujeto, que observa en forma reflexiva. La actividad de pensar nace de la subjetividad y está impulsada por la necesidad de apropiarse del objeto que subsista su atención (Fernández A. , 2011).

De lo hasta aquí expresado, se desprende que el proceso de prestar atención implica ser capaz de captar un estímulo y desarrollar el recorrido cognitivo de apropiarse del objeto. La atencionalidad como proceso psíquico se asienta en la interacción que se produce entre elementos de la corteza cerebral y elementos subcorticales; estos entran en actividad mediante una serie de mecanismos particulares que regulan la capacidad de la conciencia de concentrarse en tal o cual fenómeno de la realidad (Flores Sierra, 2016).

La atención es la capacidad de concentrar selectivamente la conciencia en un objeto o fenómeno de la realidad, que llama la atención del sujeto cognoscente. En el caso de las personas, la atención se encuentra signada por la capacidad de control consciente, capacidad que en los individuos con esquizofrenia se encuentra disminuida y se relaciona con los síntomas negativos, descrito en el apartado referido a esta enfermedad. Frecuentemente, las personas con esquizofrenia presentan déficits tanto en la atención selectiva y la dividida, como así también en el procesamiento temprano de la información visual (Pardo, 2005).

Kraepelin (1899) define las causas del déficit atencional diciendo que “La dificultad de atención podía estar relacionada con la falta de interés y motivación que las personas esquizofrénicas o por la disminución de la volición de estas”.

Los problemas atencionales son el emergente del predominio de los síntomas negativos, dado que, el problema principal que se presenta en los individuos con esquizofrenia es la incapacidad de seleccionar la información y categorizarla, porque no pueden distinguir los estímulos irrelevantes de los importantes, o como sucede con los pacientes en internación crónica, la ausencia de interacción social contribuye a la pérdida de atención por la falta de estímulos que superen el aislamiento (Marcos Rubio, M., B. 2021).

Ahora bien, si la atención modula y potencia el funcionamiento de otros sistemas cognitivos, su déficit afecta la memoria de trabajo y el control ejecutivo, incapacitando al paciente a desarrollar habilidades sociales, laborales o profesionales, es decir profundizando el deterioro de la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad (Tornese, 2013).

Volviendo a los conceptos desarrollados por Fernández (2011) con respecto a la atención, resulta importante reflexionar sobre lo que la autora define como espacios atencionales:

“Entre lo que se ve y lo que se mira se produce una *escena*, un espacio diferenciador donde se incluye la autoría del sujeto que mira. Un espacio donde lo que se ve es y no es lo que es. Un espacio atencional donde el sujeto se aloja transitoriamente (p.25)”

Fernández (2011) se centra en la palabra escena y en su etimología para definir el espacio atencional, dado que incluye dos dimensiones, es un espacio de hospedaje transitorio y protegido y un lugar donde el sujeto juega, representa y construye la realidad. Este espacio es múltiple, abarca entornos familiares y sociales, donde cada sujeto desarrolla capacidades atencionales que le permitirán desarrollar habilidades sociales y cognitivas, en función de esto, en el marco del presente trabajo de investigación, nos detuvimos a reflexionar y preguntarnos si ¿es posible en el ámbito del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano preservar y fortalecer la capacidad atencional de las pacientes esquizofrénicas en internación crónica?

La atención es un proceso cognitivo que nos permite seleccionar y concentrarnos en estímulos relevantes. En función de esto y para una mejor caracterización deben delimitarse los componentes, sistemas o redes que regulan la atención según Tornese (2013):

- Sistema de alerta u aurosal: se trata de un período de excitación o estimulación de la atención, donde el Sistema Nervioso Central desencadena el estado de alerta.

- Sistema o periodo de orientación o red posterior de la atención: posibilita la exploración de la información del entorno, permitiendo la orientación y localización de estímulos. Intervienen los centros sensoriales de la corteza parietal posterior.
- Sistema o periodo de fijación y mantenimiento o red anterior ejecutiva: esta red se caracteriza por estar dirigida por la voluntad, implicando la capacidad de monitoreo, detección y resolución de problemas o conflictos.

Recordar, aprender, pensar y atender son funciones interrelacionadas, cada una depende de los otros. La atención permite el aprender, pero sin la construcción de aprendizajes significativos, la atención se reduce meramente a memorización, dado que aprender introduce lo nuevo, construye la realidad. Al mismo tiempo recordar constituye una acción selectiva de la memoria, introduce la singularidad y se apropia del aprendizaje. Los procesos atencionales participan tanto en el aprender cómo en el recordar, es decir la atención es el atributo fundamental que permite el desarrollo del aparato cognitivo y así lo expresa Alicia Fernández (2011): “La adquisición del conocimiento y su mantenimiento suelen considerarse como dos momentos separables; sin embargo, ambos movimientos están íntimamente relacionados, pues ambos son construcción/reconstrucción operan los procesos atencionales (p.163).”

Desde la mirada que propone la neurociencia, en relación a los mecanismos atencionales biológicos cerebrales, debemos destacar la participación de los lóbulos cerebrales. La corteza prefrontal se considera indispensable para la activación del Sistema Activador reticular Ascendente. Atribuyéndose al sector medial el alerta conductual y vegetativo, dado que controla las respuestas vegetativas que acompañan a las conductas motivadas por estímulos. Asimismo, existen estudios que han determinado que la corteza prefrontal esta inervada por aferentes dopaminérgicas provenientes del área ventral (Tornese 2013).

Las áreas cerebrales mencionadas en el párrafo anterior participan de forma determinante en el comportamiento adaptativo, que permite a los individuos relacionarse de forma eficiente con el entorno y sus estímulos. Al respecto Tornese (2013) sostiene que:

“El comportamiento adaptativo se vinculó con la atención a las características del entorno relevantes para la conducta dirigida a metas (atención selectiva), como a la inhibición de las respuestas a las características no relevantes a las metas (atención excluyente) (...).

Las evidencias indicaron que la atención permite el acceso a la memoria (se recuerdan los estímulos que se atienden), así como la memoria guía la atención (p. 25).”

Deterioro atencional: dos miradas para un fenómeno complejo

El síntoma desatencional obliga al sujeto a evitar contacto con el objeto a conocer, despojando al individuo de la posibilidad de constituirse en cognoscente, es decir constituirse en el ser pensante que realiza el acto del conocimiento. El deterioro atencional despoja a la persona de la capacidad de interesarse y del placer de sentirse interesante (Fernández, 2011).

La atención es un fenómeno complejo, que como ya se ha expresado anteriormente, puede observarse y describirse desde diversas dimensiones. En nuestro trabajo, el recorte del marco teórico adoptado pretende definir la atencionalidad y el déficit atencional, desde las perspectivas psicopedagógica, en cuanto la atención como factor fundamental de aprendizajes significativos y desde el punto de vista cognitivo y conductual, observando para esto último los procesos neurológicos que posibilitan la atención, trabajaremos así con dos ejes o ideas rectoras.

Uno de los ejes de nuestro abordaje será la visión que propone Alicia Fernández (2011) sobre el problema atencional desde una mirada psicopedagógica, nos invita a pensar que la desatención está constituida por una serie de obstáculos o imposibilidades fundados en la infancia, que deben ser subsanados o reaprendidos. El otro, se orientará a observar y reflexionar acerca de los mecanismos cognitivos y conductuales que resultan inhibitorios de la capacidad atencional, tal como logran conceptualizarse a partir de investigaciones neurocientíficas, como las realizadas por Tornese (2006):

“Un sujeto cognoscente construye su conocimiento en relación con un objeto por conocer, utilizando dimensiones consciente o inconscientemente, que se ponen en marcha gracias a la capacidad atencional, pudiendo resolver así, los problemas del conocimiento. Fernández (2011) sostiene en su libro *La atencionalidad atrapada* que, “La desatención opera colocando barreras ante lo interesante del mundo, dejando al sujeto “anoréxico” de lo nuevo que pudiera nutrirlo y colocando un callado aburrimiento como defensa ante la angustia no decible que el pánico vocifera (p.128).”

La atención y la percepción son procesos que permiten captar y seleccionar información para su procesamiento posterior, permitiendo en un individuo sano el despliegue de las capacidades de razonamiento, planificación y estrategias de acción para actuar en y sobre el entorno. El cerebelo modula al cerebro ventral en las funciones atencionales y emocionales, constituyendo un circuito complejo, cuyo deterioro en pacientes esquizofrénicos determinan distintos niveles de desintegración cognitiva (Tornese, 2006).

La atención no se sostiene continuamente, es en las grietas que se producen en esta y que dan lugar a la distracción donde la singularidad de cada persona se expresa y produce su propio sentido y se produce la propia autoría, el propio aprendizaje. En función de este concepto, Alicia Fernández (2013) nos invita a reflexionar y trabajar sobre la atención desde la psicopedagogía, entendiendo que la distracción es parte del proceso atencional y lo expresa de la siguiente manera:

“Quizás la capacidad de estar distraído tenga que ver con lo que M. Masud Khan (1991) llamó capacidad de estar en barbecho. Se trata de una expresión utilizada por los agricultores para referirse al necesario reposo de la tierra para que de ella broten los cultivos. Es un reposo activo, en el que las lombrices oxigenarán la tierra en sus recorridos y el rocío y la lluvia la humedecerán. «Estar en barbecho es un estado transicional de experiencia, una forma de ser que es tranquilidad alerta y conciencia receptiva, despierta y ligera. (...) Si bien este ánimo de barbecho es inherentemente íntimo y personal necesita un ambiente de compañerismo para que se lo pueda soportar y mantener. En una situación de aislamiento o privación no es posible ni llegar a este estado de ánimo, ni mantenerlo (p. 129).”

Ahora bien, y con el imperativo de no perder de vista, que nuestro trabajo se centra en la observación y la comprensión de la problemática atencional y sus consecuencias cognitivas y sociales en pacientes con esquizofrenia en internación crónica, debemos reflexionar ~~sobre~~ si en la situación de aislamiento, sin el amparo de su núcleo sociofamiliar, esa no atención ~~no~~ es podría ser el resultado de la privación, como señala

Fernández del espacio compartido. La capacidad atencional se sostiene en la capacidad lúdica y ésta, a su vez, en la capacidad de estar a solas en presencia de otro disponible. Ambas se relacionan con la capacidad de interesarse en el otro, en lo otro y, por lo tanto, en los objetos externos. Objetos que se irán transformando en objetos de conocimiento. (Fernández A. , 2011).

La atención en la esquizofrenia

La atención, como mecanismo de control que participa y facilita el trabajo de todos los procesos cognitivos es fundamental para la comprensión de dichos procesos. Los individuos “prestan atención” tanto a estímulos externos como internos para poder percibirlos, procesados, integrarlos a la conciencia o almacenarlos en la memoria (Posner y Petersen, 1990).

El término atención ha sido utilizado para referirse a aspectos distintos, tales como orientación, mecanismo de selección o filtro, mecanismo de capacidad limitada, mecanismo endógeno o conciencia. De igual forma, el constructo de déficit atencional ha planteado problemas por la propia imprecisión del término atención. Dichos problemas se han suscitado tanto a nivel conceptual como experimental, la patología de la atención es uno de los aspectos más estudiados de la psicopatología de la esquizofrenia dado que impacta en todos los mecanismos cognitivos y de relación, puesto que, sin la atención, como función inicial no pueden desarrollarse los demás procesos (Fuentes, 1999).

Fuentes y Santiago (1999) sostienen en su intento de conceptualizar el problema de la atención en pacientes con esquizofrenia se refieren a cierta heterogeneidad en su definición, algunos autores hablan de perturbaciones en la atención (Lang y Buss, 1965; McGhie, 1970; Neale y Gromwell, 1970; Payne, 1973; Silverman, 1964; Venables, 1964), otros como Wecknowcz y Blewett (1959) y Shakow (1962) definen el problema atencional como la incapacidad de los esquizofrénicos para atender selectivamente o para atender a la información relevante (Fuentes y Santiago, 1999).

Los componentes de la atención abarcan la preparación para responder a sucesos externos, orientación para la localización de objetos y selección de información basada en características físicas y semánticas, estas acciones, según estudios anatómico-cognitivos comprenden áreas específicas de la corteza cerebral. En los pacientes esquizofrénicos el déficit atencional pareciera asentarse en el nivel selectivo (Posner y Petersen, 1990).

La atención selectiva es la capacidad para clasificar los estímulos en relevantes e irrelevantes. Capacidad que se ve alterada en los individuos con esquizofrenia, en los que existe un mecanismo inhibitorio que produce una supresión activa de la información ignorada y es allí donde parece radicar el déficit atencional de los esquizofrénicos (Fuentes y Santiago, 1999).

Continuando con la descripción de la atención selectiva, se debe dejar en claro que la selección de estímulos depende de los procesos excitatorios e inhibitorios, los primeros activan la captación selectiva de la información relevante del entorno por sobre un determinado umbral. La información que supera el valor de ese umbral desencadena una serie de mecanismos cognitivos, que permiten utilizarla a nivel consciente y generar una respuesta. Paralelamente, los mecanismos inhibitorios se aplican sobre la información superflua del entorno con la finalidad de evitar que los estímulos irrelevantes tomen el control del pensamiento (Fuentes y Santiago, 1999).

Según Hemsley (1996), en la esquizofrenia el procesamiento inhibitorio de la atención selectiva está afectado, mientras que el excitatorio parece hallarse conservado, vale decir, que la persona puede captar los estímulos, pero no diferenciarlos, por ende los elementos intrascendentes de la información contextual ocupan el mismo nivel de valoración que los relevantes, generando un estado de confusión que no permite la puesta en marcha de los mecanismos cognitivos (Fuentes y Santiago, 1999).

Los estudios de correlación anátomo-clínica en pacientes esquizofrénicos registraron deterioro en la memoria de trabajo y atencionales. La atención permite el acceso a la memoria y la memoria guía la atención. La memoria de trabajo es definida como un almacén cognitivo de corto plazo, ubicada entre la memoria a largo plazo y la percepción sensorial; de esta manera la información captada por los sentidos influye y modifica la memoria a largo plazo para direccionar los procesos atencionales (Tornese, 2013).

En individuos con esquizofrenia se observa la reducción de la activación de la corteza prefrontal dorsolateral, cuya alteración tiene correlación con la reducción de procesos atencionales y cognitivos, situación que se traduce en el empobrecimiento del lenguaje. Al mismo tiempo se observa el deterioro de la corteza del cíngulo anterior, que se relaciona específicamente con la atención sostenida, cuya disfunción se asocia con un cambio en la regulación dopaminérgica, que alteraría el circuito en el que participan la corteza cingulada, el

cuerpo amigdalino y el hipocampo. Estas alteraciones funcionales concluyen en trastornos de la atención y la memoria de trabajo y son previas al comienzo de la psicosis esquizofrénica, permaneciendo, luego, como estables o empeorando, con dependencia de los síntomas positivos (Tornes, 2013).

La distractibilidad es definida como el deterioro de la ejecución de una labor cognitiva, cuando se produce la interferencia de estímulos irrelevantes, aquí radica el problema de los individuos con esquizofrenia, dado que no pueden distinguir estímulos relevantes de los irrelevantes. Tornese (2013) conceptualiza la distractibilidad como condición incapacitante de los individuos que poseen esta patología psiquiátrica:

“En esquizofrénicos se ha observado distractibilidad, cuyo estudio reflejó una centralización en la dependencia de la modalidad sensorial en la que se presentó la información relevante (Lavson, 1965). Se han registrado dos anormalidades: 1) déficit en la habituación del reflejo de orientación a estímulos nuevos y 2) alteración de la atenuación del reflejo de orientación, valorados como partícipes de la experiencia amenazante del mundo (p. 27).”

La consecuencia de la reducción de la activación de la corteza prefrontal en pacientes esquizofrénicos se asocia al déficit cognitivo precoz atribuido a la alteración de la atención selectiva, registrándose, en consecuencia, un déficit en la red ejecutiva, que altera el procesamiento de la información, produciéndose la falta de control en relación a los mecanismos directores de atención visoespacial. Las imágenes cerebrales de personas con esquizofrenia muestran la disminución de la activación del circuito córtico-cerebelar-talámico, responsable de la interacción de las funciones corticales. Las características y disfunciones a nivel cerebral se traducen en la vulnerabilidad de los esquizofrénicos a los estímulos distractores, lo que demuestra su déficit atencional y trae como consecuencia la incapacidad de procesar la información, seleccionarla y construir aprendizajes significativos (Tornes, 2013).

Para aprender, un individuo debe poner en juego su dimensión orgánica, es decir un organismo individual heredada, un cuerpo construido especularmente, es decir que se diferencia y construye su individualidad en relación con el otro; la atención y la inteligencia autoconstruida

en interacción con el entorno sociocultural y la arquitectura del deseo, deseo que es deseo del deseo de otro (Fernández, 2008).

Ahora bien, el déficit atencional en la esquizofrenia es multidimensional implica lo biológico y su deterioro a nivel cerebral, el nivel cognitivo y el psiquismo del individuo.

En cuanto a lo biológico se destaca la disminución de la activación de la corteza cerebral. El problema atencional, relacionado con síntomas cognitivos y negativos en cuanto a la posibilidad de caracterizar estímulos relevantes o no marcan la presencia de este déficit aún antes del primer episodio psicótico, es decir que la manifestación de signos negativos y cognitivos impiden al paciente con esquizofrenia actuar sobre el objeto y diferenciar los datos relevantes de la realidad de los superfluos, y por ende impide que la información desencadene mecanismos de respuesta hacia los estímulos (Tornese, 2013).

En este punto Fernández sostiene, desde la psicopedagogía, el déficit atencional en relación a la atención y a la construcción de aprendizajes, implica la imposibilidad de prestar atención al otro o a lo otro, interrogándose acerca de los procesos que suponen prestar atención al objeto y a quién enseña. La atención incluye la capacidad de interesarse en el otro (capacidad de inquietarse de preocuparse).

El hacer, como creatividad, como autoría, como ímpetu saludable, como tendencia posibilitadora de construir la objetividad desde la propia subjetividad, es generadora del espacio atencional, y es ese espacio el que permite atender al otro y a lo otro. Las modalidades de prestar atención se hayan íntimamente vinculadas a la de recibir atención, en este punto deberíamos interrogarnos acerca del tipo de atención que tipo de atención o no atención recibida en durante el desarrollo inhibe la posibilidad de generar ese espacio necesario y fundamental que permite al individuo conocer y conocerse (Winnicott, D., 1996).

Por último, la mirada psicoanalítica nos muestra este síntoma, la falta de atención, como expresión de un trauma, de hecho, estudios demuestran que una situación traumática precedería a la primera crisis psicótica de la persona con esquizofrenia. Dentro de las causas psicosociales asociadas a la aparición y desarrollo de la esquizofrenia, particularmente se destaca la vivencia de experiencias traumáticas en la infancia como un factor interviniente. Dichas experiencias traumáticas se consideran un factor que contribuye no sólo a la aparición del trastorno, sino que

interviene en su curso y desarrollo, como se pudiera ver por ejemplo en el contenido de las alteraciones del pensamiento y la percepción. Estudios realizados en la última década coinciden en que una situación traumática en la infancia actúa como detonante para el desarrollo de esta enfermedad (Del Cisne Cueva Solano, M., 2019).

La violencia y las experiencias traumáticas infantiles constituyen uno de los mayores riesgos para el desarrollo físico y emocional, considerándose un predictores importantes de trastornos mentales en la edad adulta. Existen evidencias que sugieren que las experiencias de abuso físico sexual y emocional durante la infancia coinciden con el diagnóstico de trastornos mentales en la edad adulta, según plantea Macedo Gonçalves (2017) quien expone que:

“En general, los traumas infantiles se asocian con mayores impactos pronósticos en la esquizofrenia, especialmente en relación con factores relevantes para la calidad de vida, como la aparición temprana de los síntomas, la funcionalidad global y el deterioro cognitivo. Los subtipos de trauma, incluyendo el abuso y la negligencia, parecen influir en estos factores de diferentes maneras, y pueden conducir a mayores riesgos específicos (p. 57).”

En relación al síntoma como expresión de un trauma o problema subyacente a una expresión cognitiva patológica, como el déficit atencional, Fernández (2008) enuncia el siguiente concepto:

“El síntoma alude y elude el conflicto. Lo elude, para no contactarse con la angustia, pero al mismo tiempo está mostrando esa marca, señalando, es decir aludiendo al conflicto. El síntoma es el retorno de lo reprimido. Es una transacción, que tiene que ver con una lucha entre instancias conscientes e inconscientes, para que aquello que se pretendió y se pretende reprimir, se mantenga reprimido: no es algo que sucedió en el pasado y se sepultó. Hay una lucha constante, una permanente batalla, para que lo reprimido no

aparezca. El retorno de lo reprimido aparece en forma transaccional y sustitutiva, a través de movimientos de condensación y desplazamiento (p.96).”

Concluyendo este apartado y en relación del marco teórico consultado, podríamos inferir, que si bien existen bases genéticas y biológicas para la esquizofrenia, el desarrollo de la enfermedad responde a una multicausalidad, que se relaciona con el entorno familiar, social y cultural del individuo y que expresa una situación traumática vivida, por lo general, a edad temprana. El déficit atencional en la esquizofrenia es uno de los síntomas negativos y cognitivos que aíslan al individuo, dado que le impide desarrollar habilidades sociales (atender al otro y a lo otro), atrapándolo en el no deseo.

Déficit de atención selectiva en la esquizofrenia

Dado que los problemas atencionales y la esquizofrenia son objeto de estudio de la presente investigación, resulta relevante describir el tipo del déficit atencional asociados a pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

En función de lo enunciado en el párrafo precedente y desde una aproximación neurocognitiva, se observa que los mecanismos inhibitorios implicados en la red de orientación, encargada de controlar la atención visoespacial, están relativamente intactos en la esquizofrenia. No obstante, los procesos que ponen en marcha estos mecanismos de forma autoiniciada parecen estar condicionados por la medicación antipsicótica. Si dicha medicación es insuficiente, se observa un déficit en estos procesos de localización frontal en la corteza cerebral (Tornese, 2013).

Los pacientes esquizofrénicos presentan, como se ha expresado previamente, déficit en los mecanismos inhibitorios atencionales implicados en la red ejecutiva que depende principalmente del córtex cinglar, es decir cuando los individuos ejecutan alguna tarea, en este déficit está involucrada alguna alteración del lóbulo frontal; esta dificultad se asocia a problemas del lenguaje y de la formulación de enunciados y razonamientos coherentes. Debe señalarse que la activación en la red semántica está modulada por la dopamina, que es suministrada al córtex cinglar por parte de los ganglios basales, los cuales se ha comprobado que están afectados en la esquizofrenia (Fuentes, 2001).

En cuanto a la génesis del déficit atencional, los fallos observados en los mecanismos inhibitorios relacionados con la red ejecutiva pueden ser explicar ciertos síntomas característicos de la esquizofrenia, tales como alucinaciones, que pueden producirse por una hiperactivación en la red semántica debido a un pobre control atencional ocasionado por un déficit dopaminérgico. Asimismo, los trastornos del pensamiento también podrían ser causados por deficiencias en la inhibición de la información lingüística, afectando como ya se ha expresado anteriormente la construcción del discurso (Fuentes, 2001).

La actividad atencional no es reductible a una función autónoma, sino que se traduce en sus efectos y esto no puede aislarse del contexto, por lo que la mirada psicopedagógica debe abarcar todas las dimensiones del sujeto en situación de aprendizaje y buscar la génesis de esta problemática para lograr revertirla. El síntoma desatencional obliga a evitar tomar contacto con los objetos a conocer, despojando al sujeto de la capacidad de interesarse y del placer de sentirse interesante (Fernández, 2012).

Según Alicia Fernández (2012) el déficit atencional es la expresión o síntoma de un problema subyacente y al respecto propone a los y las profesionales de la psicopedagogía un replanteo en nuestra mirada:

“Es imperioso despatologizar nuestra mirada. Comenzaremos diferenciando distracción de desatención, para encontrar recursos de promoción de espacios atencionales placenteros¹⁷ y además para entender y atender a los diversos modos de estar desatentos. No hay que confundir desatención, pues la distracción es un aspecto necesario a la propia actividad atencional (p. 128).”

Como ya hemos expresado en los pacientes con esquizofrenia, como en todos los seres humanos la atención se construye en gran medida a partir de la atención recibida del entorno familiar y social. Las actitudes manifestadas por los integrantes de una familia al sujeto con esquizofrenia e incluyen, entre otros aspectos, la negación, la crítica, la hostilidad, la sobreimplicación emocional, la calidez y los comentarios positivos, comprobándose la relación

¹⁷ Alicia Fernández define así al espacio diferenciador y de impresión donde se puede prestar y recibir atención. Cuando el niño nace debe buscar otras superficies donde alojarse y ser contenido, es decir otros espacios atencionales (p. 87).

que existe entre los altos niveles de emociones expresadas y la tasa de recaídas de las personas con esquizofrenia (Zapata, Ospina, et. al).

Atender y recibir la atención construye la escena en la que se desenvuelve el sujeto. Mirar, escuchar, tocar, pensar, desear, la corporeidad y la dramática de cada uno participan en la escena de prestar atención (Fernández, 2012).

En esta instancia de construcción del marco teórico resulta pertinente reflexionar acerca de ¿Cómo el individuo esquizofrénico puede desenvolverse socialmente si no logra reaprender y constituir su atencionalidad?

Comorbilidades atencionales

Existen diversas patologías relacionadas con la atención que presentan comorbilidad con la esquizofrenia, tal es el caso del Trastorno por Déficit de atención con o sin hiperactividad, ambos implican una dificultad para dirigir y controlar la atención, así como la conducta en general (Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, 2014).

Los conocimientos neuroanatómicos, utilizando imágenes cerebrales, resultan una herramienta fundamental para estudiar las bases biológicas de los trastornos de atención. En relación al TDAH las resonancias magnéticas revelan anomalías morfológicas en las estructuras cerebrales, detectándose que los pacientes con problemas atencionales presentan volúmenes cerebrales significativamente menores que quienes no lo padecen (Tornese, 2013).

Educación y Psicoeducación

“Enseñar no es transferir conocimiento, sino crear posibilidades para su propia producción o construcción” (Freire, 1996)

Para iniciar este apartado y reflexionar sobre como la educación y enseñanza de pacientes con esquizofrenia o psicoeducación, constituye una herramienta capaz de aumentar el conocimiento y la comprensión de los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento, se comenzará ~~en~~ abordando la definición de educación, León (2007):

“La educación es un proceso humano y cultural complejo. Para establecer su propósito y su definición es necesario considerar la condición y naturaleza del hombre y de la cultura

en su conjunto, en su totalidad, para lo cual cada particularidad tiene sentido por su vinculación e interdependencia con las demás y con el conjunto (p.97)”

La educación es un todo individual y supraindividual, supraorgánico, dinámica y su objetivo último es perpetuar en el tiempo la herencia cultural. La precariedad y vulnerabilidad de la educación son reflejos de la debilidad, finitud y fragilidad de las sociedades humanas. La educación siempre está expuesta a ser desarticulada, desmantelada, destruida y el ser humano a quedarse solo, desprotegido y dueño solitario de su angustia radical, en tanto que lleva la responsabilidad del mundo con él (León, 2007).

Tomando en cuenta lo expresado por León, debe considerarse la educación como una llave, que pueda dar continuidad cultural a los individuos que presentan esquizofrenia y mediar en desarrollar mejores habilidades sociales y en consecuencia una mejor calidad de vida.

Se entiende entonces que las intervenciones psicoeducativas, desde el espacio psicopedagógico, implican la interacción entre el objeto de estudio, el terapeuta mediador y el paciente con esquizofrenia.

El término psicoeducación ha sido utilizado en medicina en las décadas de los años setenta y los ochenta, para referirse a una variedad de técnicas educativas que buscan brindar de manera sistemática conocimientos a los pacientes y sus familias con propósito de evitar las recaídas, mejorar la adherencia a los medicamentos y disminuir la disfuncionalidad. La psicoeducación incorporada a la atención de pacientes con esquizofrenia, como herramienta, produce una reducción significativa de las tasas de recaída o readmisión, y como consecuencia otorga mayor bienestar al paciente y ~~promover~~ promueve un mejor funcionamiento social (Juan Pablo Zapata Ospina a, Andrés Mauricio Rangel Martínez-Villalba y Jenny García Valencia, 2014).

La psicopedagogía en el ámbito de la salud mental

La psicopedagogía tiene como objeto de estudio al sujeto en situación de aprendizaje, el cual está constituido por diferentes dimensiones, como la dimensión orgánica, corporal, subjetiva, cognitiva y social.

La OMS (2022) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad.

La psicopedagogía actúa en el ámbito de la salud mental, dado que alcanzar el desarrollo integral en las personas se relaciona con los procesos de aprendizaje y la educación. La salud mental en la Argentina está amparada y regulada por la Ley 26.657¹⁸. Dentro del campo de la psicopedagogía dicha ley es utilizada con el fin de proteger el bienestar integral de la persona, buscando el bienestar del paciente.

El rol del psicopedagogo en el ámbito de la salud mental y de la psicopedagogía clínica actúa sobre el sujeto en situación de aprendizaje, escuchando su discurso y conducta con la finalidad de descubrir los signos que den sentido a lo observado y a partir de allí realizar el recorte adecuado a su propio marco teórico para llegar a un diagnóstico del problema e intervenir. Esto implica, la consideración e identificación del entramado de aspectos cognoscentes, subjetivos, sociales y corporales, en relación al sujeto, sus procesos, sus interacciones con los social, lo cultural y lo histórico (Lallana, 2020).

La psicopedagogía, posee como principal objeto de estudio al sujeto en situación de aprendizaje, su marco teórico se encuentra atravesado por elementos tomados de ciencias como la psicología y la pedagogía. La epistemología de Jean Piaget¹⁹ permite comprender al individuo como sujeto epistémico, que construye su propio aprendizaje como resultado de un proceso evolutivo, el mismo se haya condicionado por influencias biológicas, subjetivas, simbólicas y sociales que lo atraviesan.

Paralelamente, la teoría psicoanalítica, permite mirar al sujeto de deseo, dentro de una determinada estructura familiar en la cual se sitúa al individuo en lo simbólico y lo real, distinguiéndose determinadas modalidades de vinculación que tendrán influencia en la relación entre el saber y el conocer que pueda establecer el sujeto. Al respecto Azar, en relación a la

¹⁸ Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

¹⁹ (Neuchâtel, Suiza, 1896 - Ginebra, 1980) Psicólogo constructivista suizo cuyos pormenorizados estudios sobre el desarrollo intelectual y cognitivo del niño ejercieron una influencia trascendental en la psicología evolutiva y en la pedagogía moderna. <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/p/piaget.htm>

delimitación del objeto de estudio y al rol clínico de la psicopedagogía en el campo de la salud mental, sostiene que:

“Los aportes de la teoría psicoanalítica nos permiten afirmar que el aprendizaje es posible cuando se ha terminado de estructurar el aparato psíquico, ya que sin proceso secundario no hay lenguaje, sin lenguaje no hay inteligencia y sin inteligencia no hay aprendizaje. En este sentido el aprendizaje no es causa, es una consecuencia. El reconocimiento de los sistemas y procesos psíquicos (inconscientes-preconscientes-conscientes) nos ha permitido diferenciar, conocer, saber y aprender (2016, p. 3)”

Entonces la intervención psicopedagógica en salud mental, puede entenderse como un proceso que centra su atención en las características singulares de la producción simbólica de cada individuo, intentando encontrar el sentido clínico e histórico subjetivo en el cual esta se sostiene, intentando modificarla clínicamente con el objeto de ampliar la relación que el sujeto tiene con el aprendizaje y por ende con la construcción del objeto de conocimiento en su ámbito de relación. Se propone entonces recuperar el deseo por el investimento del conocimiento y propiciar en los pacientes sus posibilidades psíquicas de insertarse en la sociedad de forma efectiva mediante estrategias que promuevan la transformación dinámica de sus producciones representativas (Lallana, 2020).

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que produce un impacto negativo muy significativo en el funcionamiento de las personas que la padecen. Según la OMS es la tercera causa de discapacidad entre todas las enfermedades en las personas por debajo de los 45 años. Entre los factores descriptos por este organismo internacional, que contribuyen al deterioro de la capacidad funcional se encuentra su iniciación a edades muy tempranas y el tratarse de una enfermedad de neurodesarrollo con síntomas de deterioro atencional y cognitivos. Dicha aparición temprana determina que las personas no adquieran las habilidades cognitivas y sociales necesarias para poder funcionar en un entorno de relación (OMS, 2022).

En este sentido, la intervención psicopedagógica en salud mental en general y en la esquizofrenia en particular, como una discapacidad de gran prevalencia, tal como la define la OMS, implica una mirada no sólo desde lo orgánico, sino desde lo subjetivo, desde aquellas

características individuales que lo definen como sujeto, haciendo énfasis en lo que puede producir desde su subjetividad, propiciando procesos de Inclusión, caracterizados por la autodeterminación y autoconocimiento, generando contextos apoyo, contención, con la finalidad de que cada paciente pueda optimizar sus aprendizajes (Lallana, 2020).

El rol de psicopedagogo en ámbitos de salud mental es fundamental en relación a la posibilidad de establecer una articulación entre las diversas áreas por las que el paciente atraviesa en su tratamiento y así brindar posibilidades concretas de construcción y autoría de pensamiento, como elemento fundamental en el desarrollo de cada paciente en aspectos tanto individuales como colectivos, que le permitan participar del entramado social en que está inmerso (Lallana, 2020).

Hospital Braulio Moyano

El presente trabajo de investigación se desarrolla en el ámbito del Hospital Braulio Moyano²⁰, para caracterizar este espacio que constituye la variable contextual, en este apartado realizaremos un breve recorrido, en primer lugar por su historia, que marca la evolución histórica del concepto de atención de salud mental, para luego concluir con una descripción del proceso de ingreso de las pacientes esquizofrénicas, cuya condición atencional nos proponemos indagar, describir y comprender, desde la psicopedagogía a partir de los datos obtenidos de los profesionales que intervienen en su atención (Marchant, N. F., 2000).

En 1854 el gobierno nacional resuelve aportar una solución al problema de la locura, creando en la ciudad de Buenos Aires el primer hospital psiquiátrico del país. La Sociedad de Beneficencia, que toma a su cargo la organización y administración de los distintos nosocomios existentes en la época, siendo Tomasa Veléz Sarsfield la principal gestora de esta creación (Marchant, N. F., 2000).

En 1880 pasó a depender del Gobierno Nacional y desde 1992 del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires. El nombre de esta institución fue colocado en homenaje a Braulio A. Moyano (1903-1959) brillante neuropatólogo y neuroanatomista argentino, nacido en San Luis, que dedicó su vida a la investigación y al trabajo dentro de las paredes de esta institución (Marchant, N. F., 2000).

²⁰ ANEXO3

La historia del hospital es un reflejo de la evolución de los conocimientos científicos y de las distintas escuelas en el tratamiento de la salud mental y también de los avatares del desarrollo económico y social del país (Marchant, N. F., 2000).

Cuando el paciente ingresa al hospital Moyano²¹, lo hace por el servicio de guardia. En este servicio tiene que permanecer aproximadamente entre dos y tres días, para bajar el estado de excitación o alteración y / o ideación suicida, (la psicopatología puede ser psicótica o neurótica).

Por lo general el paciente ingresa con un trastorno de la personalidad, luego de esta permanencia en la guardia, el paciente pasa al Servicio de Admisión, el equipo de este lugar va a estudiar al paciente, sino salió con un diagnóstico del servicio de guardia, para diagnosticarlo y después derivarlo a los servicios que paso a detallar: si es un paciente neurótico con una crisis aguda, generalmente se opta por mandar al Servicio de Emergencias, este servicio se caracteriza por una internación de aproximadamente 30 días y sale de alta, para ello se cuenta con todo el equipo interdisciplinario que está conformado por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas y acompañantes terapéuticos.

En el caso de que en esos treinta días de internación el paciente no mejore, se lo traslada al Servicio de Terapia a corto plazo, aquí es el mismo sistema de trabajo, pero se trabaja con el paciente hasta los noventa días.

Todo aquel paciente que no sale adelante o no se recupera como debería hacerlo, después de estar en los servicios antes mencionados, es derivado a un servicio de mediano plazo o tratamiento, uno de esos Servicios es el Magnan, cuya internación dura aproximadamente seis meses. Si durante todo este periodo y tratamiento no sale y se detecta que el diagnóstico es una psicosis pasa a los demás servicios, que son los de tratamiento a largo plazo, donde se encuentran las pacientes esquizofrénicas crónicas, cuya dinámica atencional es objeto de estudio de nuestro trabajo de investigación.

²¹ Protocolo de internación

https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/poes_hospital_braulio_a._moyano_versin_5.0.pdf

Desde el punto de vista legal, toda paciente que ingresa y queda internada adquiere tutela judicial y obtiene un certificado de discapacidad.

Si responde al tratamiento pasa, según condición intelectual, edad y seguimiento familiar al servicio de hospital de día, con seguimiento diario y tareas de responsabilidad para el ingreso a la sociedad o al trabajo.

La Ley Nacional 26.675²² de Salud Mental en el ámbito del Hospital Braulio Moyano

Existen dos posturas con respecto a la Ley Nacional 26.657 y el proceso de desmanicomio, la primera se refiere a que permiten superar el aislamiento del paciente contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales y la segunda la que sostiene que genera nuevas problemáticas al incorporar al sistema de salud mental a las personas en conflicto con las adicciones.

La ley de salud mental, número 26.657, es una de las reformas más importantes en la atención sanitaria en nuestro país. A pesar de ser una actualización necesaria, la normativa generó y genera opiniones encontradas. No sólo a raíz de lo que plantea el texto, sino también de las herramientas dispuestas para su reglamentación. Esta normativa busca garantizar el derecho a la protección y acceso a la atención de la salud mental. Esta ley no sólo protege a las personas con padecimiento mental, sino que también están contemplados en su seno los individuos con usos problemáticos de drogas (CALES, 2010).

La ley expresa que las personas con padecimiento mental deben ser atendidas y tratadas en hospitales comunes y no en instituciones psiquiátricas. Este es quizá el aspecto central de la norma que es cuestionado por los profesionales entrevistados en el marco de la presente investigación. La internación, si llegase a ser el recurso necesario, debe ser breve y previamente notificada a un juez (CALES, 2010).

La ley 26.657 establece que la salud mental es un proceso determinado por componentes históricos, culturales, socioeconómicos, biológicos y psicológicos, tal consideración plantea

²² <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

que su preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, vinculando el cuidado de la salud mental está vinculado entonces a la concreción de los Derechos Humanos y Sociales de toda persona (CALES, 2010).

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 se sustenta en la protección y garantía de la integridad de las personas y así lo enuncia en el Artículo 1°:

Artículo 1° — La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 adhiere a los principios enunciados en el ámbito de las Naciones Unidas en función del cuidado de las personas con problemas de salud mental y en el mejoramiento de las políticas de atención sanitaria, tal como se enuncia en el Artículo 2°:

Artículo 2° — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

La citada ley establece que los ciudadanos tienen derecho de tomar decisiones, dentro de sus posibilidades, relacionadas con la propia atención y tratamiento, asimismo, expresa que la

persona tiene derecho a no ser objeto de tratamientos experimentales ni investigaciones clínicas sin su consentimiento.

El artículo 20 es uno de los más importantes dentro de la ley de salud mental, dado que aborda un punto crucial del principio de desmanicomialización. A partir de su sanción, la internación involuntaria de una persona pasa a ser considerada como un recurso terapéutico excepcional, siempre que no sean posibles los abordajes ambulatorios:

Artículo 20. — La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

- a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

La ley 26.657 define a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, culturales, socioeconómicos, biológicos y psicológicos, por ende su preservación y mejora implica una construcción social; por consiguiente, el cuidado de la salud mental se vincula con la concreción de los Derechos Humanos y Sociales de toda persona.

En función de lo expresado en los párrafos precedentes se debe reflexionar acerca de si en verdad las pacientes esquizofrénicas crónicas del Hospital Braulio Moyano reciben en verdad el amparo, que propone esta norma.

MÉTODO

El método que se adoptará para el presente trabajo de investigación es cualitativo, y responde a la necesidad que, mediante el proceso de indagación, se contribuya a comprender cómo, el déficit atencional incide en la calidad de vida de las pacientes con esquizofrenia de sexo femenino del Hospital Braulio Moyano, puesto que el no poder sostener la atención se ven disminuidas las habilidades sociales y cognitivas de los individuos afectados por esta patología.

La investigación se realizará en el ámbito hospitalario, sobre la población de pacientes esquizofrénicas de sexo femenino de entre 21 y 80 años. Siendo la muestra indagada el conjunto de profesionales de la salud que trabajan con las pacientes esquizofrénicas agudas y crónicas de los Pabellones Greensinger y Tomasa Velez Sarfield planta baja y Tomasa Velez Sarfiels segundo, del citado hospital, para una mejor comprensión de los procesos atencionales en el espacio de la internación, desde una mirada psicopedagógica, que permitirá interrogar e interrogarnos, a partir de la observación y el relato de los profesionales, que brindan atención a las pacientes de la muestra, en el marco de la Ley Nacional de salud Mental 26.657 (2010)²³, con la finalidad de interpretar y reflexionar sobre los alcances sanitarios y sociales del déficit atencional en la esquizofrenia.

Desde una perspectiva no experimental, se observará a las pacientes esquizofrénicas crónicas en su ambiente natural, que es el Hospital Moyano, no de forma directa sino a través de la indagación a los profesionales intervinientes en el tratamiento de las mismas, mediante el uso de la entrevista semiestructurada, como herramienta de recolección de datos. No se intervendrá sobre las variables que definen el problema, sino que se investigará el fenómeno cognitivo atencional, para conocerlo integralmente, describirlo, delimitar sus características y proceder a analizarlo, con el objeto de realizar un aporte a la construcción de un marco teórico, referido al déficit atencional de los pacientes esquizofrénicos.

Población y muestra

Se seleccionarán, para indagar el fenómeno problematizado, 12 profesionales de diferentes disciplinas (psicólogos/as, psiquiatras, enfermeros/as, enfermeros, psicopedagogos y

²³ Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

trabajadores/as sociales), que brindan atención e interactúan con las pacientes dentro del ámbito de la internación, con la finalidad de obtener descripciones narrativas sobre la historicidad y prevalencia del síntoma déficit atencional en esquizofrenia, pretendiéndose así, obtener información y detalles de cómo lo vive el sujeto afectado por esta condición.

Criterio de inclusión: profesionales de la salud que trabajan con pacientes esquizofrénicas con cronicidad del Hospital Braulio Moyano.

Criterio de exclusión: profesionales de la salud que no brinden atención a las pacientes esquizofrénicas crónicas.

Instrumentos-Procedimientos

El presente trabajo de investigación adopta como instrumentos de recolección de datos la entrevista semiestructurada, a los profesionales de la salud del Hospital Braulio Moyano²⁴ que prestan atención a las pacientes de los Pabellones Green Singer , Tomasa Vélez Sarsfield planta baja , Tomasa Vélez Sarsfield segundo y el Servicio de Rehabilitación de dicha institución. Se considera pertinente utilizar entrevistas semiestructuradas, dado que este medio para recolección de datos ofrece un grado de flexibilidad aceptable, por un lado mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio y por otro permite que los entrevistados se expresen sobre tópicos que consideren pertinentes.

La indagación se realizó por medio de entrevistas a los profesionales, en la misma se apela a su observación-no se realiza una observación directa a las pacientes- como instrumento de recolección de datos, dado que el interés está puesto en conocer el fenómeno atencional desde la mirada interdisciplinaria de los profesionales que intervienen en el tratamiento de las pacientes con esquizofrenia.

Dichas entrevistas permiten un acercamiento, desde la experiencia de los profesionales, al problema investigado, a partir, de un cierto grado de estandarización, facilitando así el proceso de recolección de datos y análisis de la información de la que habla el participante, con la finalidad ulterior de cotejar y comparar las distintas respuestas obtenidas y poder inferir resultados y conclusiones pertinentes.

²⁴ ANEXO 1

A partir de determinar las variables, se procede a la recopilación, comparación y análisis de datos, para posteriormente alcanzar conclusiones pertinentes que permitan desde nuestro rol como psicopedagogas contribuir a la construcción del marco teórico sobre la atencionalidad en pacientes con esquizofrenia y la incidencia de ésta en su calidad de vida.

Dimensión Ética

De acuerdo a los principios éticos de la investigación se utiliza el consentimiento informado, como herramienta formal, con el objeto de garantizar la protección de los derechos de los participantes. El proceso de consentimiento informado tiene por finalidad invitar a una persona a participar de una investigación, brindándole toda la información necesaria, de forma clara y precisa, para que pueda participar de forma libre y voluntaria (Losada, 2014). Esta formalidad se lleva a cabo de manera individual, realizándose dos copias del consentimiento firmado, una para el participante y otra para ser archivada en la investigación.

Como primer paso se ha presentado una nota al Director Ejecutivo del Hospital Braulio Moyano Dr. Juan Carlos Basani, solicitando el consentimiento para realizar este trabajo de investigación en el espacio hospitalario.

Toda paciente que ingresa y es internada queda bajo la tutela judicial, la mayoría tiene el certificado de discapacidad a excepción de que sea la primera vez que tenga una crisis e ingrese al hospital. Si responde al tratamiento pasa, según condición intelectual, edad y seguimiento familiar al servicio de hospital de día, con seguimiento diario y tareas de responsabilidad para el ingreso a la sociedad o trabajo.

Dado que la observación de la problemática plantada se hará sobre las pacientes con internación crónica, a través del testimonio de los profesionales que interviene en su tratamiento, se solicitara el consentimiento de cada entrevistado y por trabajar estos en este hospital, será gestionado el permiso ante la autoridad pertinente del Hospital Braulio Moyano.

Los profesionales que por libre voluntad, colaborarán con la presente investigación en el marco de la Facultad de Psicología y Ciencias sociales de UFLO, sobre el Deterioro Atencional en la Esquizofrenia y que participarán en las entrevistas son los siguientes:

RESULTADOS

Habiendo efectuado las entrevistas a profesionales que atienden a las pacientes crónicas con esquizofrenia en el Hospital Braulio Moyano, cuya práctica y para su selección, a priori, se consideró relevante dada su formación profesional y su trayectoria dentro de la institución; se procede en este apartado a exponer analizar e interpretar los datos obtenidos y categorizados para su estudio en una matriz²⁵.

Como se desprende de un primer abordaje a las entrevistas, la problemática abordada resulta sumamente compleja, por su múltiple causalidad y por las consecuencias que derivan del déficit atencional.

Todos los entrevistados coinciden en lo invalidante que resulta este síntoma positivo y en la necesidad de la constante reeducación, sin embargo, en el equipo interdisciplinario no se observa la participación de psicopedagogas/os, para tratar el déficit atencional en función de que las pacientes puedan tener una mejor adaptación social y autonomía en la vida cotidiana.

En este punto y previo a desarrollar a posteriori un análisis más profundo, se debe plantear si la exclusión del paciente con esquizofrenia comienza en el modo de pensar el diagnóstico, cuando se está excluyendo la mirada psicopedagógica. No hay posibilidad de inclusión si no se actúa sobre la atención como síntoma inhabilitante y esto implica que quienes diagnostican, lo hagan desde una perspectiva integral de la salud que incluya la psicopedagogía (Fernández, A., 2012) La Lic. Sara Mansilla enfermera psiquiátrica del Hospital Moyano, sostiene:

“La falta atención es la mitad del problema, sobre todo en la esquizofrenia, no prestar atención ensimisma, aísla y genera abulia. Para mí la atención es la llave que abre la puerta a una mejor calidad de vida. Las y los enfermeros trabajamos sobre este problema, pero no contamos con la formación adecuada para actuar sobre el déficit atencional y la construcción de aprendizajes básicos, como el uso de utensilios, los hábitos de higiene o

²⁵ Anexo 4

aprendizajes más complejos. Con el motivo de esta entrevista, reflexione al respecto y considero que al tratamiento interdisciplinario le falta la pata psicopedagógica”.

En las entrevistas realizadas sobresale la voz de las enfermeras, quienes intervienen en la atención diaria de las pacientes y en abordar, en las acciones cotidianas, la problemática atencional en la esquizofrenia, revelando que la prevalencia del déficit atencional es muy alto y se traduce en inhabilidades básicas, la Lic. En Enfermería Beatriz Barreto, describe la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia como una condición claramente inhabilitante:

“Esta se ve afectada, puede disminuir o mantenerse por largos periodos alterada e imposibilita realizar acciones sencillas como vestirse, higienizarse o tomar los utensilios de manera correcta al alimentarse, pero también en la imposibilidad y de empatizar y comunicarse con el otro, más aún en largos periodos de internación”.

Asimismo, desde la mirada de las enfermeras entrevistadas para llevar adelante este trabajo de investigación, puede establecerse que la función de estas profesionales extiende su intervención al abordaje de los problemas conductuales y cognitivos, destacando que en el equipo interdisciplinario se destaca la ausencia de profesionales idóneos para que actúen sobre los aprendizajes. La enfermera Ana Carina Andrés expresa los conceptos previamente enunciados de la siguiente manera:

“Las funciones principales del área de Enfermería en salud mental dentro del área son la asistencia, el papel educativo y el fomento de la salud mental a nivel comunitario e individual.

Trabajo en las salas con pacientes crónicas que padecen esquizofrenia, este trabajo va más allá del control de los parámetros clínicos, el suministro de medicación y la higiene del paciente, incluye algo más importante: la educación y reeducación de las pacientes, que en algunos estadios de la enfermedad olvidan hasta cómo vestirse, como utilizar los utensilios para alimentarse y como higienizarse en forma autónoma”.

Por lo observado en esta primera aproximación puede establecerse una relación directa entre el funcionamiento cognitivo en general y el atencional en particular y las habilidades sociales y la calidad de vida del individuo con esquizofrenia. Asimismo, como destacan los profesionales enfermeros entrevistados, no integran el equipo interdisciplinario profesionales del área de la psicopedagogía y esto repercute en que las pacientes puedan aprender a prestar atención y construir aprendizajes básicos que hacen a su cotidianidad.

Trabajo interdisciplinario

El trabajo interdisciplinario implica el enriquecimiento de una disciplina con los saberes de otras y contribuye al abordaje de problemas complejos que con el enfoque unitario no sería posible.

La letra del artículo 8° de la Ley de salud Mental²⁶, sostiene que 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.

El equipo de atención de las salas de crónicas y de evaluación de ingreso y egreso de pacientes con esquizofrenia está integrado por médicos psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales, que coordinan y acompañan los tratamientos, pero no cuenta con profesionales de la psicopedagogía, que pudieran contribuir al tratamiento de la condición atencional. De la psicoeducación y reeducación general de las pacientes se encargan enfermeros /as, como un emergente natural de sus tareas de cuidado, siendo su abordaje fundamental para la evolución positiva de la enfermedad, así lo expresa la Lic. En Enfermería Beatriz Barreto:

“Intervengo desde el cuidado y el seguimiento de los pacientes trabajando conjuntamente con el resto del equipo interdisciplinario, realizando mi trabajo no solo observando la conducta de las pacientes, sino también interviniendo en sus crisis y demandas, también realizando las actividades que permiten resocializar a las pacientes y que son previamente dialogadas con todo el staff del servicio, para que en el momento oportuno,

²⁶ Ley 26.657

las mismas lleguen a tener autonomía e incluirlas nuevamente en la sociedad. Pero siento que me faltan herramientas adecuadas, estoy yo mis colegas enfermeras de alguna manera enseñándoles, inculcándoles hábitos y conductas como lo haría con un niño pero no tengo la formación psicopedagógica para intervenir de manera certera”.

Desde la atención psicológica se contribuye al mejoramiento de la atención y las habilidades cognitivas, pero sin embargo, la afirmación acerca de que la reeducación está en la praxis asignada a las enfermeras es una constante en las entrevistas, asimismo se infiere la falta de intervención desde una perspectiva psicopedagógica, situación reconocida por profesionales de la institución, según la Médica Psiquiátrica Mariana Núñez:

“Es imprescindible llevar a cabo un entrenamiento constante y apropiado para mejorar la atención. Acá este aspecto es abordado en conjunto pero fundamentalmente por los profesionales del área de psicología y enfermería, sin embargo desde mi rol de coordinadora vengo demandando hace rato la incorporación de psicopedagogos para trabajar en el reaprendizaje y entrenamiento de habilidades sociales, sin embargo aún no logre su incorporación por temas burocráticos y de política”.

Ley Nacional 26.657

La ley 26.657 prioriza acciones y servicios de carácter ambulatorio, dentro del llamado proceso de desmanicomialización. Además, garantiza los derechos de los pacientes neuropsiquiátricos a no ser discriminados, a la singularidad, a la atención en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, entre otros. Sin embargo, de las entrevistas se infiere que si bien la norma tiende a mejorar la calidad de vida de los pacientes en la praxis no existen los medios físicos para su implementación. La Médica psiquiatra Mariana Núñez lo explica en la entrevista:

“Como norma teórica es buena, pero en la práctica no se alcanzan los objetivos planteados, dado que no se cuenta con espacios de transición entre la internación y el afuera. En el Moyano hay mujeres con grandes dificultades para ser externadas por

problemas sociales, familiares y habitacionales. La sala es su lugar de pertenencia, pero a la vez despersonaliza, no hay intimidad ni comunidad.

El problema no es el hospital monovalente, sino un sistema sanitario vaciado, desfinanciado y exánime, un sistema que no da respuesta a las necesidades reales de la población”.

El Licenciado en Enfermería Renzo Bracco (2023) con 30 años en el Hospital Braulio Moyano y a cargo del Área Docencia e Investigación de Enfermería fundamenta esta postura crítica que atraviesa a todos los entrevistados:

“En primer lugar no estoy de acuerdo en utilizar la palabra desmanicomialización, dado que en la actualidad existen hospitales monovalentes en neuropsiquiatría.

Si la Ley 26.657 se aplicara en su totalidad, aportando los espacios físicos seguros alternativos (casas de medio camino, hostales, salas de internación adecuadas con los recaudos de seguridad necesarios, asistencia social adecuada, entre otras) sería efectiva, pero como los gobiernos de turno no quieren invertir lo necesario para llevar eso a cabo, está generando nuevas problemáticas, teniendo en cuenta por ejemplo que esta Ley determina que ahora debemos de hacernos cargo de las internaciones por trastornos de adicciones, lo que conlleva a traer severas irregularidades institucionales”.

Continuando con la evaluación de la ley de salud mental, desde los profesionales del Hospital no se perciben cambios significativos en la atención de los internos y en especial de las pacientes esquizofrénicas crónicas, la enfermera Sara Mancilla se muestra crítica en su reflexión:

“Los puntos centrales de la ley priorizan acciones y servicios de carácter ambulatorio. Además, garantiza los derechos de los pacientes neuropsiquiátricos a no ser discriminados, a la singularidad, a la atención en un ambiente apto con resguardo de su

intimidad. Todo esto está muy bien en teoría pero ¿a dónde van cuando le llega el alta? Hay pocos espacios intermedios, las familias no están preparadas y existe la estigmatización en la reinserción social ¿Qué sucede con aquellos que pasados los 6 meses de internación pasan a ser crónicos? ¿Qué nueva propuesta hay desde la ley para las pacientes esquizofrénicas que pasan la vida internada? ¿Qué hay de su calidad de vida y sus derechos? ¿Qué sucede con ellas si no se trabaja sobre su reeducación como camino de vuelta a la sociedad? Desde la enfermería ofrecemos cuidados, pero no podemos trabajar con la falta de atención que les impide aprender. Desde mi humilde opinión, como una simple enfermera, considero que debe hilarse más fino e invertir capital humano y dinero en el cumplimiento efectivo de los derechos de estas mujeres, sino sólo es literatura”.

Se infiere, entonces, que existe una sensible brecha entre el enunciado de la normativa y en su implementación, que los profesionales intervinientes son conscientes de las carencias, pero que no se ha podido aun implementar el cambio enunciado en la ley.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental caracterizada por psicosis, es decir por la pérdida de contacto con la realidad, presencia de alucinaciones o percepciones falsas, delirios, habla y conductas desorganizadas, afecto aplanado que se traduce en un rango emocional restringido, déficits cognitivos y atencionales, que se expresan en el deterioro del razonamiento y la capacidad resolutive, pensamiento y lenguaje. La definición del Lic. Enzo Bracco define esta patología de la siguiente manera:

“Esquizo: significa roto o partido; frenia: mente, o sea en una mente que producto de alteraciones neurobiológicas pierden la capacidad afectiva, la posibilidad de prestar atención selectiva, la memoria actual se ve alterada y padecen delirios y alucinaciones”.

Para Mariana Núñez, la esquizofrenia implica una ruptura del sujeto con la realidad y define esta patología de la siguiente forma:

“La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con esquizofrenia pueden parecer como si hubieran perdido el contacto con la realidad, lo que puede ser angustioso para ellas, sus familiares y amigos. Se trata de una enfermedad con base genética que detona y evoluciona de acuerdo a variables contextuales”.

Ruptura y quiebre parecen sintetizar las características de esta enfermedad, donde la personalidad queda fragmentada y el síntoma atencional que impide el desarrollo de la atención selectiva obstaculiza la respuesta a los estímulos del medio, aislando al individuo. Para el Médico Psiquiatra Osvaldo Mazzarella, esta ruptura en algunos casos puede subsanarse, en algún grado, con la creación artística, ya que sostiene que si bien “Es una enfermedad que puede presentar delirios, alucinaciones, ambivalencia afectiva. La creación artística los ayuda. Muchos genios de la pintura, la música y la escritura, la han padecido en un 80%. Muchos se han suicidado (Bipolaridad 20%)”.

Los conceptos hasta aquí obtenidos en los testimonios de los profesionales del Hospital Moyano coinciden en describir la esquizofrenia como una enfermedad mental que produce escisión en el pensamiento del paciente y en su percepción de la realidad, que tiene como corolario, la incapacitada de la persona para encontrar su identidad. Esta realidad atraviesa culturas y contextos sociales diversos, que convergen en el espacio hospitalario y dentro de los distintos síntomas, los problemas atencionales destacan, como expresan los entrevistados, de modo gravitante en la evolución de la enfermedad.

Deterioro atencional en pacientes con esquizofrenia (Déficit de atención selectiva)

Para Mazarella, médico psiquiatra entrevistado, el déficit atencional es causal de la fragmentación de la personalidad del paciente esquizofrénico, de acuerdo a sus conocimientos y experiencia profesional, la atención y la memoria, van de la mano. Memoria a corto y a largo

plazo. El déficit cognitivo altera la integración en la esquizofrenia, es decir genera pensamientos, discursos y conductas que no responden a los estímulos contextuales y lo alejan de la realidad.

Al mismo tiempo, Mazzarella plantea la dualidad del problema atencional, considerando que a la base neurológica de la enfermedad se suma como condicionante del déficit atencional el contexto en el que se desenvuelve el paciente y lo enuncia del siguiente modo:

“La capacidad atencional en las personas con esquizofrenia está deteriorada, no hay autoestímulo, ni demasiado estímulo exterior. Hay aburrimiento, y maltrato institucional. No se les llama por su nombre, son un número, anomia.

Existen bases neurológicas y psicológicas para el déficit de atención en pacientes con esquizofrenia, ambas condiciones están presentes, falla la zona amigdalina y los circuitos neuronales, déficit de serotonina. Psicológicamente, conviene no tratarlas, no remover demasiado su pasado, porque les altera. Se pueden utilizar técnicas de psicodrama o corpodrama o técnicas cognitivas supervisadas o intervisadas en forma interdisciplinaria”.

En su entrevista, la Lic. En Psicología Natalia Eva Gradel coincide con Mazzarella en la influencia que tiene el contexto sobre el deterioro atencional en los individuos con esquizofrenia en relación a la motivación:

“Dirigir la percepción a un foco en un momento determinado, esta capacidad está afectada por la motivación y el estado de la persona, es decir un estímulo impacta en el sujeto por sobre el contexto, motivando la atención. En este punto, en el paciente con condición esquizofrénico este mecanismo presenta una disfunción que parte de la ausencia de la motivación que provocaría un objeto que interpela la atención, pero esa atención está inhibida, entonces se profundiza la dificultad y repercute en la posibilidad de aprender, incluso lo básico como poner pasta dental en un cepillo.

En este punto, debemos pensar que proponen las instituciones de salud para tratar la motivación, el manicomio despersonaliza, quita identidad, disuelve la dimensión social del paciente, disminuye su subjetividad, los objetiviza y un objeto no puede ser motivado ni motivarse”.

Tratamiento de la atencionalidad

Los pacientes esquizofrénicos presentan déficit en los mecanismos inhibitorios atencionales implicados en la red ejecutiva, que depende principalmente del córtex cinglar, es decir cuando los individuos ejecutan alguna tarea, en este déficit está involucrada alguna alteración del lóbulo frontal. Dicha situación está asociada a problemas del lenguaje y de la formulación de enunciados, razonamientos coherentes y a los aprendizajes. El déficit atencional es un síntoma negativo de esta enfermedad, que se expresa con mayor impronta en el tipo catatónico, consistiendo en la imposibilidad de seleccionar los estímulos relevantes de los irrelevantes, disminuyendo su posibilidad de respuesta e interacción con el medio. Sin embargo este déficit puede ser atenuado con intervenciones que apunten a la reeducación, en este punto la Psiquiatra Mariana Núñez sugiere la necesidad de trabajar integrando la perspectiva psicopedagógica:

“Todas las habilidades cognitivas, incluidas la atención, pueden ser entrenadas para mejorar su rendimiento, pero para lograrlo debieran integrarse al equipo interdisciplinario profesionales del área de la psicopedagogía que intervengan en los problemas de aprendizajes que surgen como consecuencia de la afectación de la atención”.

El tratamiento del déficit atencional en la esquizofrenia es abordado desde lo multidisciplinario desde distintos enfoques: Psicoeducación y reeducación-donde se realizan intervenciones psicológicas que incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas de reeducación-Atención terapéutica, psicológica y psiquiátrica que implementa la farmacología, donde el uso de los antipsicóticos dificultan la progresión del trastorno, pero no impiden su curso degenerativo e inciden en la concentración y la atención en forma negativa.

En relación al aspecto conductual, las intervenciones están dirigidas para disminuir los síntomas negativos, fortalecer la atención y habilidades sociales, donde el trabajo Social busca, en el caso del Hospital Moyano lograr la reconexión social y familiar del paciente.

Pese a que el déficit atencional demanda la intervención psicopedagógica, ya que el objetivo de su intervención es alcanzar el desarrollo integral en las personas, relacionándose con los procesos de aprendizaje y la educación y por ende con la actuación, es la dimensión ausente en el abordaje de la problemática que es objeto de estudio de la presente investigación.

La ausencia de profesionales del área de la psicopedagogía y su incidencia en el tratamiento de las pacientes del Hospital Braulio Moyano, fundamentalmente en el tema atencional, es destacada como un problema que complica la reeducación de las pacientes, así lo expresan profesionales de la enfermería que están en contacto constante y directo con los pacientes, como la Enfermera Universitaria Sara Mansilla:

“La falta atención es la mitad del problema, sobre todo en la esquizofrenia, no prestar atención ensimisma, aísla y genera abulia. Para mí la atención es la llave que abre la puerta a una mejor calidad de vida. Las y los enfermeros trabajamos sobre este problema, pero no contamos con la formación adecuada para actuar sobre el déficit atencional y la construcción de aprendizajes básicos, como el uso de utensillos, los hábitos de higiene o aprendizajes más complejos. Con el motivo de esta entrevista, reflexione al respecto y considero que al tratamiento interdisciplinario le falta la pata psicopedagógica”.

Continuando con la crítica a la falta de intervención desde la psicopedagogía, la Licenciada en enfermería Beatriz Barreto al ser interrogada sobre sus tareas resalta esta problemática:

“Intervengo desde el cuidado y el seguimiento de los pacientes trabajando conjuntamente con el resto del equipo interdisciplinario, realizando mi trabajo no solo observando la conducta de las pacientes, sino también interviniendo en sus crisis y demandas, también

realizando las actividades que permiten resocializar a la pacientes y son previamente dialogadas con todo el staff del servicio, para que en el momento oportuno , las mismas lleguen a tener autonomía e incluirlas nuevamente en la sociedad. Pero siento que me faltan herramientas adecuadas, estoy yo y mis colegas enfermeras de alguna manera enseñándoles, inculcándoles hábitos y conductas como lo haría con un niño pero no tengo la formación psicopedagógica para intervenir de manera certera”.

Otro testimonio, que da cuenta de la falencia en la atención al déficit atencional, que implica la ausencia de un abordaje psicopedagógico en la reeducación y psicoeducación, es el del Enfermero Profesional Alberto Velazco, quien da cuenta de cómo desde su rol profesional intenta suplir este hecho, cuando se le pregunta sobre las estrategias que utiliza con las pacientes y así lo expresa:

“Utilizo la educación psicosocial, los límites, el ayudar a colaborar con las tareas cotidianas, como enseñarles a hacerse sus camas, respetar los horarios de comidas, los hábitos de higiene, los buenos modales, cómo deben expresarse para solicitar las cosas que necesitan.”

La actividad de pensar nace de la intersubjetividad, es decir de la relación con el otro y está motivada por el deseo y la necesidad de hacer propio lo que nos es ajeno y de donar lo propio, en un proceso signado por la comunicación en el marco de la interacción social. Asimismo, la actividad atencional no es reducible a una función autónoma, sino que se reconoce en sus efectos, es decir en la relación con los demás y con los objetos del entorno. La capacidad atencional es mucho más que el hecho de prestar atención, es discernir los aspectos relevantes e irrelevantes de los estímulos que interpelan al sujeto (Fernández, 2012).

Se trata de una actividad intencional, si bien subyace una capacidad con fortalezas y debilidades, tal como sucede con las pacientes con esquizofrenia, cuya intencionalidad ha sido problematizada y observada a través de los profesionales que intervienen en su tratamiento y cuidado.

Alicia Fernández (2012) distingue capacidad atencional, actividad atencional y atender diciendo que la atencionalidad es una capacidad y atender es un trabajo psíquico-inconsciente, preconsciente, consciente-inherente a la actividad pensante-deseante, que se ha definido previamente, y por lo tanto se haya vinculada al aprender.

Ahora bien, una y otra vez nos enfrentamos a la necesidad de aprender a prestar atención en los individuos esquizofrénicos con síntoma de déficit atencional. ¿Qué sucede, entonces, con la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia?, el Médico Psiquiatra Alberto Andreu, en su entrevista describe esta condición, destacando la responsabilidad del contexto institucional:

“En la esquizofrenia se produce una disminución de la función mental (cognitiva), a veces desde el mismo comienzo de la enfermedad. Este deterioro cognitivo conduce a dificultades en la capacidad de atención, de pensamiento abstracto y de resolución de problemas.

El deterioro atencional se debe a que no hay autoestímulo ni demasiado estímulo exterior. Hastío, abulia, aburrimiento, y destratato institucional. No se les llama por su nombre, son un número, y ese anonimato contribuye a anular su identidad, su autodefinición, donde se forma parte de una masa abúlica”.

Resulta relevante para esta investigación el aporte de Andreu, quien resalta la incidencia del déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia, afirmando lo siguiente:

“La atención es un concepto multidimensional que abarca los procesos de detección de estímulos, la capacidad de atender selectivamente a un estímulo, y la capacidad de sostener la atención durante un periodo prolongado de tiempo en circunstancias de baja frecuencia de estimulación. Las pruebas de rendimiento continuo, la prueba de “digit span distraction”, y algunos métodos psicofisiológicos, permiten evidenciar, que las

anormalidades de la atención en la esquizofrenia existen antes, durante y después de los episodios psicóticos. Los déficits de la atención persisten pese a que la medicación antipsicótica los atenúa”.

De lo expresado hasta aquí por Andreu se desprende que por un lado existe una predisposición sintomática que inhibe o disminuye la atención momentánea o sostenida, pero al mismo tiempo esta situación se ve agravada por el contexto hospitalario y que sin duda condiciona su desempeño social, tal como lo explicita el mencionado profesional:

“Este déficit del procesamiento atencional dejaría al paciente a merced de una experiencia del mundo como amenazante y abrumador, lo que a su vez podría llevar al desarrollo de alucinaciones y delirios. Sea esto último el caso o no, es fácil estimar el impacto que tendrán las dificultades para atender y concentrarse, sea esto en un contexto social, educacional u ocupacional”.

Según Alicia Fernández, intimidad y comunalidad son condiciones para el aprendizaje de la atención, pero en el ámbito hospitalario en general y sobre todo en la internación crónica no se cuenta estos espacios facilitadores, que tal como lo sostiene Andreu son fundamentales:

“La intimidad y comunalidad para el aprendizaje de la atención. En una internación crónica hay que propiciar el ambiente, alfombra, almohadones, técnicas de psicodrama, corpodrama y otros. Tratar de que el ambiente sea cálido, calefaccionado en invierno, ventilado en verano. Y que no entre y salga personal en todo momento.

Lamentablemente en el Moyano no sucede y esto agudiza más el síntoma de déficit atencional y la desconexión del paciente de la realidad, al mismo tiempo que no contamos en el equipo interdisciplinario con profesionales de psicopedagogía que pudieran intervenir con mayor idoneidad”.

En cuanto a la posible reeducación atencional, Andreau sostiene: “Es posible, la reeducación cognitiva, obra por repetición, lectura de palabras, juegos. Acá en nuestro tratamiento debiera incorporarse al sistema de atención interdisciplinario el área psicopedagógica, para actuar en la reeducación de aprendizajes”.

Lo expuesto por Andreau, en relación a la reeducación cognitiva en general y atencional en especial y a la necesidad de implementar talleres, concuerda con los resultados obtenidos en la investigación de Daniela Hidalgo (2022), que se ha incluido en el estado del arte, sobre un estudio de caso, donde el arte se incorpora como un recurso propicio para la reeducación atencional y cognitiva; así como también posibilita a las/os pacientes con esquizofrenia relacionarse, establecer vínculos con los otros y sentirse parte, poniendo en marcha deseos personales, dado que las actividades artísticas suscitan en los individuos el desarrollo de la subjetividad.

De los resultados expuestos hasta aquí, se desprende que los pacientes esquizofrénicos presentan déficit en los mecanismos inhibitorios atencionales implicados en la red ejecutiva que depende principalmente del córtex cinglar, es decir cuando los individuos ejecutan alguna tarea, en este déficit está involucrada alguna alteración del lóbulo frontal. Dicha situación se asocia a problemas del lenguaje y de la formulación de enunciados, razonamientos coherentes y a los aprendizajes.

La problemática definida en el párrafo precedente, a la vez está asociada en alto grado a la cronicidad, siendo el nivel de prevalencia del deterioro atencional mayor en este grupo que en pacientes externalizados. Situación que se adjudica según la observación de los profesionales entrevistado, al contexto hospitalario, a la falta de intimidad y comunalidad, tal como define Fernández (2012), que impiden al individuo aprender a prestar atención, que lo despersonalizan- no se los trata por el nombre-; por lo que la relación con el otro no es posible si no logra su autodefinición.

Continuando con el análisis de los resultados, la Lic. En Psicología Natalia Eva Gradel expresa que “el déficit atencional condiciona todo tipo de relación con el entorno y con la otredad. El aislamiento del paciente no le permite empatizar porque no puede detectar los estímulos que otra persona o que el medio le trasmite”.

La problemática hasta aquí enunciada produce interferencias en el circuito de la comunicación, al respecto Gradel sostiene que “si una persona no puede prestar atención al emisor, el mensaje se diluye o distorsiona, sin atención no hay comunicación y la comunicación es la base de las relaciones humanas y en consecuencia el medio por el cual el individuo aprende, adquiere habilidades sociales”.

En este contexto la cronicidad, la distorsión de la comunicación se profundiza, en consecuencia la separación de lo social pareciera constituir un camino irreversible, que sólo puede revertirse desde la educación, que es la herramienta facilitadora para la preservación y desarrollo de las habilidades cognitivas y sociales. Es en este punto, donde la intervención psicopedagógica resulta fundamental y necesaria, como han manifestado todos los profesionales entrevistados, que intervienen en la atención de las pacientes con esquizofrenia en el hospital Braulio Moyano.

Al respecto de lo enunciado anteriormente sobre habilidades e interacciones sociales, la Lic. En enfermería Beatriz Barreto señala que en “El contexto incide de manera en la vida de los individuos, puede ser de manera negativa o positiva, siendo esto muy subjetivo para cada persona, ya que todos estamos atravesados por múltiples factores”. Demostrando de esta manera que el aislamiento contribuye a la cronicidad y dando cuenta, al igual que Ustároz et al. (2007), que la cognición social se ve disminuida por el déficit atencional en los individuos con esquizofrenia, lo que no les permite alcanzar una representación del contexto social.

DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos, se ha demostrado que la esquizofrenia constituye una escisión y una ruptura de la persona, que se encuentra incapacitada para encontrar su identidad. Esta realidad que se manifiesta en las diferentes sociedades y tiene gran prevalencia en la salud a nivel mundial, presenta como síntoma invalidante al déficit atencional.

En concordancia con lo expresado al iniciar este apartado, el presente trabajo de investigación tiene como propósito someter a discusión esta problemática, indagando la incidencia de este síntoma en la calidad de vida de las enfermas crónicas del Hospital Braulio Moyano, mediante la participación, el aporte y las reflexiones de los profesionales involucrados en su atención, en especial desde la visión de la psicopedagogía como ciencia especializada en el aprendizaje.

Como se desprende de un primer abordaje a las entrevistas, el déficit atencional es un fenómeno sumamente complejo, por su múltiple causalidad y por las consecuencias que de este derivan: inhabilidades sociales, dificultades de aprendizaje y cognitivas, aislamiento del paciente y falta de autonomía en la vida cotidiana, lográndose corroborar los supuestos iniciales:

- ❖ Los trastornos y el deterioro atencional en los individuos con esquizofrenia responden a una multicausalidad, es decir a la sintomatología propia de la enfermedad, a condiciones orgánicas y tratamientos farmacológicos a largo plazo. Situación que según los resultados obtenidos se complejiza por la internación crónica.
- ❖ El deterioro atencional es el factor fundamental del déficit de las habilidades sociales y el aislamiento social de esta población, siendo un agravante la falta de programas educativos que permitan reaprender en forma permanente a “prestar atención”.
- ❖ El proceso atencional implica una actividad cerebral previa a la percepción y a la acción, surgiendo de la interrelación de redes de conexiones corticales y subcorticales (de orientación y ejecutiva), predominantemente correspondiente al hemisferio derecho, que posibilita el estado neurocognitivo y se encuentran en distintas áreas del cerebro pero fundamentalmente en la corteza cerebral (Tornese, 2013).

- ❖ La educación y la intervención psicopedagógica en los pacientes con deterioro atencional podría fortalecer las capacidad atencional y por ende las habilidades sociales y la calidad de vida de los pacientes. Se ha comprobado que la ausencia de este abordaje contribuye a el deterioro de la condición de estas pacientes:

Al poner en discusión los resultados obtenidos, se logra establecer la relación entre el funcionamiento cognitivo en general y el atencional en particular y las habilidades sociales y la calidad de vida del individuo con esquizofrenia. Tal como se infiere del testimonio de los profesionales de enfermería, quienes se encuentran en contacto directo con las pacientes en su atención primaria y desempeño cotidiano. De los testimonios se desprende que existe una falencia en la atención del déficit atencional derivada de la falta de capacitación de los/as enfermeros/as en la temática y en especial, como señalan los entrevistados, de un abordaje psicopedagógico en la reeducación y psi coeducación.

Los profesionales entrevistados coinciden en la necesidad de contar en el equipo de salud con el aporte de un profesional de la psicopedagogía, para implementar en las pacientes educación psicosocial, límites y un mejor desempeño en las tareas cotidianas y los hábitos de higiene entre otras habilidades. Su ausencia e incidencia negativa en la evolución del cuadro de los pacientes, da respuesta a uno de los objetivos planteados por esta investigación, puesto que se observa, que la falta de una perspectiva psicopedagógica en el tratamiento del déficit atencional en las pacientes crónicas con esquizofrenia, repercute en su calidad de vida.

La falencia en la atención al déficit atencional desde un abordaje psicopedagógico, que actúe en la reeducación y psicoeducación, es un factor dominante en los resultados obtenidos, que se analizan en el presente apartado, así se traduce del testimonio del Enfermero Profesional Alberto Velazco, quien da cuenta de cómo desde su rol profesional intenta suplir este hecho desde su rol profesional, pero estableciendo que siente el peso de la limitación que existe al no contar en el equipo interdisciplinario con profesionales con conocimientos idóneos en materia de problemas de aprendizaje.

Los enfermeros y enfermeras del Hospital Braulio Moyano deben suplir la ausencia de profesionales de la psicopedagogía en el cuidado diario de las pacientes crónicas, desde su praxis a partir de la repetición de enseñanzas que hacen a la vida cotidiana, la interacción social y el autocuidado.

La psicoeducación y reeducación atencional es fundamental para preservar y mejorar la calidad de vida de las pacientes con esquizofrenia. El déficit atencional, la distractibilidad, implica el deterioro de la ejecución de tareas cognoscitivas, que como ya se ha expresado en el Marco Teórico y se observa en los resultados obtenidos, cuando las pacientes se enfrentan a la necesidad de discernir entre estímulos relevantes e irrelevantes, para desarrollar acciones sencillas como actos de higiene personal o complejas como interactuar socialmente.

Según Liberman et. al. (2015) la adquisición de habilidades sociales se encuentra disminuida en pacientes con esquizofrenia, fundamentalmente en los casos de aparición temprana; es en estos casos donde la necesidad de entrenamiento es imperante pero se haya condicionada al nivel atencional del individuo. En concordancia con esta línea de pensamiento, los resultados obtenidos demuestran que el déficit atencional incide el alto grado en la cronicidad.

De lo expresado en el párrafo precedente, se desprende que el entrenamiento en habilidades sociales resulta un instrumento fundamental para la recuperación de las pacientes, ya que representa un conjunto de procedimientos e intervenciones sobre su conducta, para lograr adquirir experiencias básicas de aprendizaje, facilitando el desarrollo de un repertorio de comportamientos dirigidos a permitir a una persona vivir de forma independiente. Sin embargo, esta necesidad no se refleja en el tratamiento, porque no se cuenta con la participación de psicopedagogos/as, cuya intervención resultaría relevante para que las personas con esquizofrenia puedan aprender a prestar atención, tal como lo conceptualiza Alicia Fernández (2012) y ya se ha desarrollado en el Marco Teórico.

Según Tornese (2013) el tratamiento del déficit atencional en la esquizofrenia tiene que ser abordado desde lo multidisciplinario, pero sin embargo, en el Hospital Braulio Moyano no se cuenta con profesionales del área de la psicopedagogía que puedan intervenir sobre el aprendizaje de la atención. Los profesionales que prestaron su colaboración en la presente investigación sostienen que resulta imperativo para mejorar la calidad de vida de las pacientes, trabajar desde distintos enfoques: psicoeducación y reeducación-donde se realizan intervenciones psicológicas que incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas de reeducación-atención terapéutica, psicológica y psiquiátrica que implementa la farmacología, en este sentido el uso de los antipsicóticos dificultan la progresión del trastorno, pero no impiden su

curso degenerativo e inciden en la concentración y la atención en forma negativa. Sin embargo, el déficit atencional demanda un constante trabajo de aprendizaje que exige un abordaje psicopedagógico.

Al poner en discusión el aspecto conductual del déficit atencional, se observa que las intervenciones dirigidas a disminuir los síntomas negativos, fortalecer la atención, habilidades sociales, reconexión social y familiar del paciente resultan en alto grado dependientes de este síntoma. El proceso atencional lleva en sí una actividad cerebral previa a la percepción y a la acción. Según Tornese (2013) surge de la interrelación de redes de conexiones corticales y subcorticales (de orientación y ejecutiva), predominantemente correspondiente al hemisferio derecho, que posibilita el estado neurocognitivo y se encuentran en distintas áreas del cerebro pero fundamentalmente en la corteza cerebral, de lo que se desprende que cada paciente debe ser entendido en su individualidad.

En relación a esto, y tal como se desprende de los resultados y de la indagación teórica, resulta pertinente para el análisis de esta problemática, definir el proceso atencional como la capacidad de procesar una fracción de información dentro de un contexto de estímulos diversos.

La atención es una capacidad mental que implica la habilidad, la selectividad y la base de organización de los procesos mentales; o bien la capacidad direccional que utiliza el procesamiento para que el funcionamiento cognitivo consciente sea posible. Por lo tanto, la atención se ve implicada en el proceso cognitivo, y la ausencia de la dimensión psicopedagógica en el tratamiento de las pacientes crónicas, constituye un obstáculo para su recuperación y su inclusión en su contexto sociofamiliar.

En referencia a lo antedicho, los profesionales entrevistados coinciden en sostener que el déficit atencional demanda el abordaje psicopedagógico, ya que el objetivo de su intervención es alcanzar el desarrollo integral en las personas, mediante la acción sobre los procesos de aprendizaje y la educación, sin embargo se trata de la dimensión ausente en el equipo interdisciplinario que atiende a las pacientes esquizofrénicas y a la problemática que es objeto de estudio de la presente investigación en el ámbito del Hospital Braulio Moyano.

Todos los entrevistados coinciden en lo invalidante que resulta este síntoma positivo y en la necesidad de la constante reeducación, sin embargo, en el equipo interdisciplinario no se

observa la participación de psicopedagogas/os, para tratar el déficit atencional en función de que las pacientes puedan tener una mejor adaptación social y desempeño en la vida cotidiana.

La intervención psicopedagógica en pacientes con esquizofrenia, según los profesionales indagados, debe contemplar la individualización del tratamiento dentro de una metodología multidisciplinar, teniendo en cuenta el contexto hospitalario y la necesidad de generar un espacio terapéutico de intimidad y comunidad, tal como lo sugiere Fernández (2012). Sin embargo, ese espacio no es posible en el Hospital Braulio Moyano donde prevalece la despersonalización, tal como lo expresa Massarelo: “La capacidad atencional en las personas con esquizofrenia está deteriorada, no hay autoestímulo, ni demasiado estímulo exterior. Hastío aburrimiento, y maltrato institucional. No se les llama por su nombre, son un número, anomia...”

¿Cómo contribuir, entonces, al tratamiento del déficit atencional desde la negación de la individualidad? ¿Cómo construir el Yo sin la mirada del otro?

La cronicidad condena a las pacientes a constituir un ente burocrático en el marco que Massarelo define como maltrato institucional, lo que infringe la Ley de Nacional de Salud Mental 26.657, incumpliendo con el inciso a del Artículo 7: “Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud”; ley cuya implementación ha sido cuestionada por la mayoría de los profesionales entrevistados, porque si bien propone desde lo jurídico la protección integral de los Derechos de las personas con problemas de salud mental, no brinda los medios para su atención.

Continuando con la discusión y cotejando lo expuesto por los entrevistados con los Antecedentes y el Marco Teórico se demuestra que la educación y la intervención psicopedagógica en los pacientes con deterioro atencional podría fortalecer su capacidad atencional, las habilidades sociales y la calidad de vida de las enfermas crónicas.

De lo expresado en la entrevista por el Médico Psiquiatra Osvaldo Mazzarella, el déficit atencional en la esquizofrenia, en algunos casos puede subsanarse, en algún grado, con actividades artísticas y creativas, ya que sostiene que si bien “Es una enfermedad que puede presentar delirios, alucinaciones, ambivalencia afectiva. La creación artística los ayuda. Muchos genios de la pintura, la música y la escritura, la han padecido en un 80%. Muchos se han

suicidio (Bipolaridad 20%)”. En función de estos conceptos, se deduce que resultaría recomendable la intervención psicopedagógica en el diseño y la gestión de talleres donde se desarrollen actividades artísticas, que vinculen este tipo de actividades y sus aprendizajes con ejercicios que refuercen la atención y en especial los que median en la selección de estímulos irrelevantes e irrelevantes.

Alicia Fernández (2012) distingue capacidad atencional y actividad atencional (prestar atención), al respecto señala que la primera es la capacidad innata, que en las pacientes con esquizofrenia se haya inhibida y la segunda-el atender-es definida como un trabajo psíquico, inherente a la actividad pensante-deseante, que podría ser estimulada desde el abordaje psicopedagógico, propiciando un ambiente facilitador, y tal como lo expresan el Dr. Mazzarella y los demás profesionales entrevistados, la realización de talleres de educación artística dirigidos desde una perspectiva psicopedagógica, en el ámbito hospitalario, podría convocar a los sujetos, desde la creatividad, a nutrir su capacidad atencional, subsanando en algún grado el déficit que sufren los pacientes con esquizofrenia.

Para Lacan el sujeto no preexiste, no se sostiene por sí mismo, es un eslabón de una cadena significativa de la que surge, primero, en el campo del otro, es decir para construir su individualidad debe constituirse en un entorno social. La ontología²⁷ diferencial desde la que Lacan en su retorno a Freud (1964) recupera al sujeto del psicoanálisis, muestra el carácter constitutivo de la dimensión relacional con otro término que configura el locus de la emergencia subjetiva. El Locus de Control es la percepción de una persona de lo que determina o controla el rumbo de su vida. Es el grado en que un sujeto percibe que el origen de eventos, conductas y de su propio comportamiento es interno o externo a él, es en este aspecto donde el déficit atencional actúa negativamente en la construcción del sujeto deseante, inhibiendo la capacidad de conocer y aprender. Este concepto diferencial del significante lleva a entender el movimiento entre sujeto y otredad, de la totalidad de la percepción del entorno, de una exterioridad plenamente constituida y de cuya injerencia resulta un movimiento de síntesis que lo reabsorbe, sino más bien como signo de su propia carencia, de cuyo encuentro resulta posible un sujeto deseante. El sujeto del

²⁷ La ontología o metafísica general es la rama de la filosofía que estudia lo que hay, así como las relaciones entre los entes o la relación entre un acto y sus participantes.

<https://concepto.de/ontologia/>

deseo emerge entonces para asumirse desde su Yo, pero tal no basta la conciencia de sí mismo, sino su deslizamiento significativo alrededor del otro (Lacan, J., 2000, p. 28).

Tomando en consideración lo enunciado por Lacan (2000) se concluye que el déficit atencional en la esquizofrenia impide la posibilidad de que el paciente se constituya en sujeto deseante. Ya hemos mencionado como Alicia Fernández (2012) relaciona las actividades pensantes y deseantes, sosteniendo que:

“Recordar, aprender, pensar y atender se entrelazan. Cada accionar depende de los otros. Sin aprender-que supone transformar- (...) La adquisición del conocimiento y su mantenimiento suelen considerarse como dos momentos separables; sin embargo, ambos movimientos están íntimamente relacionados, pues ambos son construcciones, y en esa constante construcción/reconstrucción operan los procesos atencionales” (p. 163).

Relacionando los conceptos preliminares con el déficit atencional, problematizado en el presente trabajo de investigación, resulta evidente la necesidad de entrenar la capacidad atencional en la población estudiada, para poder traspasar la barrera que separa y aísla a las pacientes de su contexto sociofamiliar y agudiza la fragmentación de la personalidad, dado que la autopercepción y la construcción depende del reconocimiento de la otredad; y esto no es posible si no se puede prestar atención al otro. En tal sentido, los médicos psiquiatras entrevistados coinciden en que el déficit atencional es una causa relevante de la fragmentación de la personalidad del paciente esquizofrénico, de acuerdo a sus conocimientos y experiencia profesional, el psiquiatra Mazarella señala que atención y la memoria son aspectos complementarios del aparato cognitivo, al igual que Fernández (2012) afectando la memoria a corto y a largo plazo. Por ende, el déficit cognitivo altera la integración en la esquizofrenia, es decir genera pensamientos, discursos y conductas que no responden a los estímulos contextuales y lo alejan de la realidad. En este punto, nuevamente debe resaltarse como se infiere del presente problema de investigación. La necesidad de abordar este síntoma desde la perspectiva cognitivo conductual y en el contexto de un abordaje psicopedagógico.

La Psiquiatra Mariana Núñez sugiere la necesidad de trabajar en la atención de los pacientes con esquizofrenia, integrando la perspectiva psicopedagógica, ya que, la plasticidad

cerebral, permite considerar la posibilidad de la rehabilitación de la atención y de las demás capacidades cognitivas. El cerebro y sus conexiones neuronales se fortalecen con el uso de las funciones que dependen de éstos. De modo que, si se ejercita frecuentemente la atención, las conexiones cerebrales de las estructuras implicadas en esta capacidad podrían fortalecerse.

Otro punto que debe someterse a discusión en este apartado es la incidencia del déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia. Para ello, resulta relevante el aporte del Médico Psiquiatra Alberto Andreu, quien relaciona el déficit atencional con las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia. Andreu, además afirma que existe una predisposición sintomática que inhibe o disminuye la atención momentánea o sostenida, pero que esta se ve agravada por el contexto hospitalario y condiciona su desempeño social.

Analizando lo expuesto hasta aquí, se concluye en la necesidad de intervenir desde la psicopedagogía, propiciando un espacio donde las pacientes recuperen la intimidad y comunalidad, que según Fernández (2012) son condiciones imperantes para el aprendizaje de la atención, cuyo abordaje desde la psicopedagogía es la dimensión ausente en el equipo interdisciplinario del Hospital Braulio Moyano.

La falta de atención, según los resultados obtenidos mediante las entrevistas, es la mitad del problema, sobre todo en la esquizofrenia, no prestar atención ensimisma, aísla y genera abulia, la educación y reeducación atencional abre un camino a una mejor calidad de vida.

La ausencia de profesionales del área de la psicopedagogía y su incidencia en el tratamiento de las pacientes del Hospital Braulio Moyano incide negativamente en el abordaje de la problemática atencional, esta carencia es observada en los resultados como un problema que complica la reeducación y evolución de los pacientes.

Para finalizar, se concluye que todos los entrevistados coinciden en lo invalidante que resulta el síntoma de déficit atencional en los pacientes con esquizofrenia y en la necesidad de la constante reeducación que esta problemática demanda, sin embargo, en el equipo interdisciplinario no se observa la participación de psicopedagogas/os, para tratar el déficit atencional en función de que las pacientes puedan tener una mejor adaptación social y autonomía

en la vida cotidiana. Ausencia que se considera, a partir de los resultados obtenidos en esta investigación, un factor negativo en el tratamiento de esta enfermedad.

CONCLUSIÓN

“Es posible que exista un miedo natural y sano,

Pero hay una forma de temor que rechazo y al que me resisto a obedecer.

Es aquel que me empuja a actuar contra mis sentimientos o incluso antes de saber lo que siento.

Es el miedo a contrariar a las gentes, o no hacer lo que esperan de mi”.

Hugh Prather (1971).

Según el DSM-5, el déficit atencional en la esquizofrenia es multidimensional, ya que implica lo biológico y cognitivo, determinando cierto grado de deterioro a nivel cerebral y cognitivo. En cuanto a lo biológico se destaca la disminución de la activación de la corteza cerebral. En lo que respecta a la sintomatología atencional de la esquizofrenia, esta se relaciona con síntomas negativos que inhiben la capacidad de distinguir estímulos relevantes de irrelevantes, se trata de síntomas presentes desde los primeros estadios de la enfermedad. Al mismo tiempo que desde una mirada psicoanalítica se observa que estos síntomas son la expresión de un trauma, dado que el inicio de la enfermedad se vincula con un episodio traumático.

Según Fernández (2008) “Todo conocimiento tiene una historia que lo vincula con el esquematismo de la acción y de ahí al organismo”, de esta conceptualización se desprende la posibilidad de aprender a prestar atención, mediante el tratamiento psicopedagógico, en pacientes con esquizofrenia. Teniendo en cuenta la plasticidad cerebral mencionada en los resultados y que la corteza prefrontal interviene en el proceso atencional y que, tanto los núcleos basales como el cerebelo participan en la cognición y la motilidad y que se hayan íntimamente implicados en la atención, operando sobre la conducta podrían lograrse resultados positivos en la adquisición de habilidades básicas como hábitos de higiene, conductas sociales empáticas e incluso aprendizajes más complejos.

Dado que los mecanismos facilitadores se expresan como inhibidores relacionados con la red de orientación están intactos en la esquizofrenia y que el déficit atencional deriva de la imposibilidad de distinguir entre estímulos relevantes de los irrelevantes, como se desprende del

marco teórico y del testimonio de los profesionales involucrados en la atención de las pacientes, puede inferirse que podría actuarse desde lo conducta para lograr el aprendizaje atencional.

En tal sentido, la educación y la intervención psicopedagógica en los pacientes con deterioro atencional podría fortalecer las capacidad atencional y por ende las habilidades sociales y la calidad de vida de los pacientes, tal como se observa en la evaluación de los resultados.

En concordancia con los conceptos expresados en el párrafo precedente, la enseñanza y el aprendizaje de habilidades sociales representa un conjunto de procedimientos de intervención sobre la conducta, que demanda, tal como lo expresan los profesionales entrevistados, la intervención psicopedagógica, propiciando experiencias que posibiliten aprendizajes y sobre todo brindando un espacio que propicie el aprendizaje atencional.

El déficit atencional obliga a la persona a evitar contacto con el objeto a conocer, esto se relaciona con la mirada, tal como lo expresa en su trabajo Zeballos (2019), quién relaciona la problemática que se aborda en el presente trabajo con la función visomotora, relacionándose con los resultados obtenidos en dirección a la relación directa entre la problemática atencional, las habilidades sociales y de relación y la calidad de vida.

El deterioro atencional despoja a la persona de la capacidad de interesarse y del placer de sentirse interesante, tal como lo sostiene Fernández (2012), condicionando la interacción social, la posibilidad de aprender y de desempeñarse con mayor autonomía en la vida cotidiana.

Antes de finalizar, puede afirmarse que la ausencia de profesionales del área de la psicopedagogía que intervengan en el tratamiento de las pacientes del Hospital Braulio Moyano, fundamentalmente en el tema atencional, no contribuye a la atenuación o resolución del problema, que complica la reeducación de las pacientes, tal como lo expresan profesionales que constituyen la fuente primaria de indagación.

Para finalizar, puede afirmarse que se corroboraron las hipótesis iniciales, dado que como se ha establecido en los supuestos iniciales, las habilidades sociales son el punto de partida para la construcción de aprendizajes, reeducar la atención desde la psicopedagogía constituye un desafío y una acción fundamental, para que las personas con esquizofrenia logren una mayor autonomía y alcancen una mejor calidad de vida. Los trastornos y el deterioro atencional en los individuos con esquizofrenia, en la población que es objeto de este estudio, responden a una

multicausalidad, es decir a la sintomatología propia de la enfermedad, a condiciones orgánicas, tratamientos farmacológicos a largo plazo, pero sobre todo al aislamiento y la despersonalización que sufren en la internación crónica, tal como lo expresa Massarelo: *“La capacidad atencional en las personas con esquizofrenia está deteriorada, no hay autoestímulo, ni demasiado estímulo exterior. Hay aburrimiento, y maltrato institucional. No se les llama por su nombre, son un número, anomia...”* Corroborándose que el deterioro atencional es el factor fundamental del déficit de las habilidades sociales y el aislamiento social de esta población, siendo un agravante la falta de programas educativos y el abordaje psicopedagógico que permitan reaprender en forma permanente a “prestar atención”.

APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El aporte de esta investigación, sobre el déficit atencional en las personas con esquizofrenia, consiste en haber demostrado la necesidad de incorporar a la atención de las pacientes con esquizofrenia del Hospital Braulio Moyano en especial y a las personas con esquizofrenia en general un abordaje desde la perspectiva psicopedagógica.

La contribución de la psicopedagogía respecto a la recuperación de la persona con esquizofrenia redundará en un beneficio muy importante para estos individuos y también en un beneficio para la educación, posibilitando entonces el desarrollo de habilidades sociales y una mejor integración social.

Otro aporte fundamental es la necesidad de lograr espacios de intimidad y comunalidad tal como sostiene Alicia Fernández (2012), que propicien la construcción de su individualidad en el reconocimiento del otro; estos espacios son los que se pueden gestar en la interdisciplina y sobre todo desde una mirada psicopedagógica del aprendizaje..

El entender la problemática atencional permite mirar a la persona de manera más integral, apreciando los síntomas que limitan su desarrollo integral pero al mismo tiempo reconociendo las posibilidades que ofrece la incorporación de la psicopedagogía al tratamiento del síntoma atencional, en el constante proceso de aprender a prestar atención.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado se definen las circunstancias que limitaron la presente investigación, al respecto deben mencionarse las siguientes limitaciones:

-Imposibilidad de observación directa de los pacientes.

-Limitaciones referidas a la imposibilidad de comparar el tratamiento de las enfermas esquizofrénicas crónicas con otra muestra que tenga la misma patología pero distinto abordaje terapéutico.

LÍNEAS DE INVESTIGACIONES FUTURAS

Para contribuir en la construcción del marco teórico y realizar un aporte, que posibilite un mejor tratamiento de los individuos con esquizofrenia se recomiendan las siguientes líneas de investigación:

-Indagar como inciden los diversos contextos psicosociales y ambientales en el tratamiento de la esquizofrenia y el síntoma de déficit atencional.

-Investigar qué intervenciones sobre el entrenamiento atencional son validadas en el ámbito de la salud para contrarrestar los efectos de esta sintomatología.

-Indagar en fuentes bibliográficas sobre las experiencias implementadas en el campo de la salud mental, referidas a enseñar y aprender, a prestar atención y a construir aprendizajes que den a los individuos con esquizofrenia una mejor calidad de vida.

-Investigar los factores que generan y perpetúan la estigmatización de la persona con diagnóstico de esquizofrenia y cómo estos inciden en el tratamiento y rehabilitación del paciente.

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

La recuperación funcional, social y cognitiva de los pacientes con esquizofrenia depende en gran medida de la atenuación del déficit atencional en pacientes que desarrollan este síntoma, por ende, a partir de los resultados obtenidos en la presente investigación y tomando las sugerencias de los profesionales entrevistados se recomienda incorporar al equipo interdisciplinario del Hospital Braulio Moyano una perspectiva psicopedagógica.

Se sugiere la incorporación de talleres de educación atencional dentro del ámbito hospitalario con el objetivo de favorecer el desarrollo de competencias, como habilidades de afrontamiento, empoderamiento y autonomía, lo que podría determinar una mayor interacción de los pacientes con su contexto sociofamiliar y por ende una mejor calidad de vida.

Estrategias de rehabilitación cognitiva y educación atencional que pueden llevarse a cabo de manera individual y/o grupal en los talleres psicopedagógicos de atención a las pacientes crónicas con esquizofrenia en el Hospital Braulio Moyano:

- Estrategias de restauración, cuyo objetivo es reducir el déficit atencional y el deterioro cognitivo subyacente.

- Estrategias de compensación, cuya finalidad es contribuir a que las pacientes logren compensar el déficit atencional y cognitivo.

- Estrategias ambientales, que estriban en aplicar acciones en el entorno social de las pacientes, como por ejemplo recordatorios externos (etiquetas, objetos o instrumentos electrónicos), que avisen o recuerden las conductas requeridas en una determinada actividad social de la vida diaria con el fin de disminuir el impacto del déficit atencional, tal como lo sugiere en la entrevista el médico Psiquiatra Andreau para la reeducación atencional “es posible, la reeducación cognitiva, obra por repetición, lectura de palabras, juegos. Acá en nuestro tratamiento debiera incorporarse al sistema de atención interdisciplinario el área psicopedagógica, para actuar en la reeducación de aprendizajes.

La implementación de talleres favorecería no sólo el aprendizaje atencional sino la adquisición de habilidades sociales y la interacción con el contexto:

- ❖ Arteterapia: este abordaje utiliza la pintura, las manualidades, el dibujo, la escritura creativa y otras artes para ayudarnos a canalizar nuestras emociones,

explorarlas, reduce el aislamiento y la abulia y promueve la expresión y el crecimiento personal.

- ❖ Musicoterapia: consiste en usar las respuestas y conexiones de una persona con la música para estimular cambios positivos en el estado de ánimo, la coordinación, la repetición de movimientos y acciones que favorezcan la atención y contribuyan al mejor bienestar de las pacientes. La terapia musical puede incluir crear música con instrumentos de todo tipo, cantar, moverse con la música o simplemente escucharla.
- ❖ Talleres de día para desarrollar habilidades sociales y de la vida cotidiana. Los Talleres de día y su función como dispositivos promotores de salud mental en relación a la ley nacional de salud mental, su articulación con la promoción de los lazos sociales de las pacientes crónicas. Estos talleres orientaran su trabajo, desde la psicopedagogía en función de construir aprendizajes atencionales que permitan desarrollar habilidades sociales y el aprendizaje de acciones y saberes que hacen a la vida cotidiana y a la calidad de vida de las pacientes.

REFERENCIAS

- Addington, J. & Addington, D. (2006). Early interventions for psychosis: Who refers? *Schizophrenia Research*, 84 (1), pp. 176–177. Recuperado de:
<https://www.journals.elsevier.com/schizophrenia-research>
- Álvarez, M.C., Otero, F., Piñón, A., Torres, T. y Vázquez, P, (2018). *Perfil neuropsicológico de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia*.
http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/5742/Perfil_neuropsicol%3%b3gicopacientes_diagn%3%b3stico_esquizofrenia.pdf?sequence=1&rd=0031596024027828
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios de diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA.
- Azar, Elisa Emma (2016). *Entendimiento y aprendizaje escolar*. Editorial EDUCC, Córdoba.
- CALES, Red de Salud Mental (2022). Nueva Ley de Salud Mental 26657.
<https://cales.com.ar/nueva-ley-de-salud-mental-26657/>
- Colman, Agustina (2017). *Habilidades Sociales Básicas*. Saludyeducacionintegral.com
<https://psicopedagogia.saludyeducacionintegral.com/habilidades-sociales-basicas/>
- Coney, J. & Evans, D. K. (1998). Hemispheric asymmetries in the resolution of lexical ambiguity. *Neuropsychologia*, 38 (2), pp. 272-282. Recuperado de:
<https://www.journals.elsevier.com/neuropsychologia>
- Correa Caruncho, Constanza Nicol (2019). *Caracterización del déficit atencional en esquizofrenia mediante un procedimiento de bloqueo realizado en una muestra de pacientes, controles y estudiantes universitarios*. Universidad de Talca. Facultad de Psicología. Chile.
<http://dspace.otalca.cl/bitstream/1950/11901/5/20190059.pdf>
- Chillida Pacheco, Lucía (2020-2021). *Búsqueda Visual en pacientes con Esquizofrenia*. Universidad Pontificia, Comillas. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Madrid.

- Del Cisne Cueva Solano, María (2019). *Asociación entre evento traumático infantil y contenido de delirios, alucinaciones en mujeres con esquizofrenia paranoide*. Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. Guayaquil, Ecuador.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/46391/1/CD%2020%20CUEVA%20SOLANO%20%20MARIA%20DEL%20CISNE.pdf>
- Fernández, Alicia (2008). *La Inteligencia atrapada*. Ediciones Nueva Visión.
- Fernández, Alicia (2012). *La atencionalidad atrapada*. Ediciones Nueva Visión.
- Frith, C. D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Londres, Reino Unido: Psychology press. Recuperado
[dehttps://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=nrz55H6cxeAC&oi=fnd&pg=PR11&dq=The+Cognitive+Neuropsychology+of+Schizophrenia.&ots=07cMOGyXr6&sig=Wq7CxFCUjroSyr8RzPi37WgaaHQ#v=onepage&q=The%20Cognitive%20Neuropsychology%20of%20Schizophrenia.&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=nrz55H6cxeAC&oi=fnd&pg=PR11&dq=The+Cognitive+Neuropsychology+of+Schizophrenia.&ots=07cMOGyXr6&sig=Wq7CxFCUjroSyr8RzPi37WgaaHQ#v=onepage&q=The%20Cognitive%20Neuropsychology%20of%20Schizophrenia.&f=false)
- García-Anaya, M., Apiquian, R., y Fresán, A. (2006). Filtrado sensorial y P50: implicaciones para la neurobiología de la esquizofrenia. *Salud Mental*, 29(1), 64-70.
- Gonçalves, Macedo, E. (2017). *Evaluación de la influencia de las experiencias traumáticas en la infancia y la adolescencia sobre el primer ataque psicótico, la funcionalidad y la cognición de los pacientes con esquizofrenia* (Tesis de Maestría). Universidad Federal de Minas Gerais.
<https://dspace.tdea.edu.co/bitstream/handle/tdea/1980/Articulo%20Trabajo%20de%20Grado%20Grupo%20Mariana%20Correa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Henriques, M. (2019). Qué es la epigenética y cómo explica que los hijos hereden los traumas de los padres. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/vert-fut-48073817>
- Hidalgo, M. D. (2022). *Taller de música de un centro de día de la ciudad de Córdoba: como un dispositivo promotor de la salud mental y la construcción de lazos sociales*. Facultad de Filosofía y Humanidades. Licenciatura en Psicología. Universidad Católica de Córdoba. Recuperado de: http://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/3679/1/TF_Hidalgo.pdf

- Jiménez Carrascal, D.Y. y Martínez León, K. Y. (2022). Revisión sistemática de las alteraciones de las funciones ejecutivas en pacientes con esquizofrenia desde el año 2016 hasta el año 2022. Universidad de Antioquia, Colombia. <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>
- Lacan, J. (2000) *Escritos I*. Ediciones Siglo XXI. Segovia, México. Recuperado: <https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/escritos-1-jacques-lacan.pdf>
- Lallana, A. L. (2020). *Un puente entre lo terapéutico y lo educativo. El rol del psicopedagogo en el ámbito de la salud*. Universidad Católica de Córdoba, Córdoba. http://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/1719/1/TF_Lallana.pdf
- Liberman, Robert P. (2017). *El entrenamiento en habilidades sociales en la Esquizofrenia*. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 23, Nº 1, 2015, pp. 5-24. https://www.researchgate.net/profile/AdolfoCangas/publication/277012053_El_entrenamiento_en_habilidades_sociales_en_la_esquizofrenia/links/555e3a1c08ae86c06b5f3774/El-entrenamiento-en-habilidades-sociales-en-la-esquizofrenia.pdf
- Losada, A. V. (2014). *Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado*. En B. Kerman, & M. R. Ceberio *En búsqueda de las ciencias de la mente. Investigación en Psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica* (pp. 159-167). Ediciones Universidad de Flores.
- Marcos Rubio, María Belén (2021). *La Esquizofrenia: Concepto, sintomatología y actualidad*. Madrid, España. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/50890>
- Marchant, N. F, (2000). *Experiencias comunitarias en el Hospital Moyano*. Editorial Ananké, Buenos Aires.
- Masud R. Khan, M. (1991) en: *Locura y soledad. Entre la teoría y la práctica psicoanalítica*. Lugar, Buenos. Aires. (P. 191).
- Medel Serrano, Kevin Alexis (2021). *Implicaciones de la Esquizofrenia en las personas que la padecen*. Revista amazónica. ISSN 1983-3415 (versión impresa) - eISSN 2558 – 1441. <file:///C:/Users/User/Downloads/snascimento,+T4++Vol+13,+N%C3%BAm+2,+jul-dez+2021,+p%C3%A1g+70-92.pdf>

- Ministerio de Salud de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/que-es>
- Navarro Martínez, Elisabeth (2017). *Entrenamiento atencional como tratamiento en esquizofrenia: un estudio de caso*.
<https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/14056/1/TFM%20Anexos%20NavarroMartinez.pdf>
- Nymo, K., Rishovd, B., Torgalsboen, A., Lau, B., Ueland, T., & Vaskinn, A., (2018)
Large social cognitive impairments characterize homicide offenders with
schizophrenia. *Psychiatry Research* 272, 209-215. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.087
- Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>
- Peterson, R.E. (2021). *Genome-wide analyses of smoking behaviors in schizophrenia: Findings from the Psychiatric Genomics Consortium*. *Journal of Psychiatric Research*. Vol.137. (P. 215-224).
- Pinkham, A. E., Kelsven, S., Kouros, C., Harvey, P. D., & Penn, D. L. (2017). The effect of age, race, and sex on social cognitive performance in individuals with schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(5), 346. doi: 10.1097/NMD.0000000000000654
- Piñón, Adolfo at el (2018). Perfil neuropsicológico de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia. *Revista Discapacidad Clínica Neurociencias*. Universidad de Alicante. <https://revistes.ua.es/dcn/article/view/2018-n1-perfil-neuropsicologico-de-pacientes-con-diagnostico-de-trastorno-del-espectro-de-la-esquizofrenia>
- Posner, M. I. y Petersen, S. E. (1990). The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13, 25-42.
- Rodríguez Sosa, J. T. (2015). *Estudio de la cognición social en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y familiares sanos* (Tesis Doctoral, Universidad de Las Palmas

de Gran Canaria). Recuperado de

https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/21848/2/0734096_00000_0000.pdf

Rodríguez Zeballos, Victoria (2019). *Rehabilitación Cognitiva en Esquizofrenia* (Trabajo Final de Grado). Recuperado:

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/22808/1/Rodr%C3%ADguez%20Zeballos%2C%20Victoria.pdf>

Ruiz Mosquera, Yudy Asledy (2018). *Esquizofrenia en la escuela: caso de una*

adolescente. <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/7024/RUIZ%20MOSQUERA%2C%20YUDY%20ASLEDY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Salavera, C., Martínez, M. P. & Barcelona, A. (2009). *El lenguaje en esquizofrenia:*

Patologías. Recuperado de

www.avizora.com/publicaciones/psicologia/textos/0067_lenguaje_esquizofrenia_patologias.htm

Sánchez Gutiérrez, Raquel (2019). *Dificultades del lenguaje y la comunicación en personas con esquizofrenia*.

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14580/Dificultades%20del%20lenguaje%20y%20la%20comunicacion%20en%20personas%20con%20esquizofrenia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sjolie, C.; Meyn, E.; Raudeberg, R.; Andreassen, O. y Vaskinn, A. (2020) Nonsocial cognitive underpinnings of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 289, 113055.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113055>.

Tornese, Elba Beatriz (2013). *Neurociencia Aplicada a los Trastornos Atencionales*. Editorial Salerno. Buenos Aires.

Univisión (2017). Similitudes y diferencias entre el déficit de atención y la

esquizofrenia. <https://www.univision.com/estilo-de-vida/bienestar/similitudes-y-diferencias-entre-el-deficit-de-atencion-y-la-esquizofrenia>

- Ustárrroz, J. T., Pérez-Sayes G., Erekatxo-Bilbao, M. y Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente?
https://www.catedraautismeudg.com/data/articles_cientifics/5/0ff0534e8d1b4980986ed2c1d9e4aa13-que-es-la-teoria-de-la-mente.pdf
- Villanueva Alvarado, José Manuel (2021). *Deterioro cognitivo en adultos con esquizofrenia en instituciones psiquiátricas privadas de Lima*. Universidad Privada del Norte. Lima, Perú.
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3038845>
- Wells, A. (2008). Attention Training Techniques. En A. Wells (Ed.), *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* (pp. 56-70). London: The Guilford Press.
- Winnicott, D. (1996). *El desarrollo de la capacidad para la preocupación por el otro, en los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires. Paidós.
- Zapata Ospinaa, Juan Pablo, Andrés Mauricio Rangel Martínez-Villalba Andrés, Mauricio y García Valencia, Jenny (2014). Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Ediciones Elsevier. www.elsevier.es/rcp

ANEXO

Anexo 1

Modelo de entrevista

1. ¿Cuál es su profesión? ¿Dónde se desempeña? ¿Qué rol cumple?
2. ¿Cómo define Salud Mental?
3. Desde su rol profesional ¿Cómo interviene en esta área?
4. ¿Cómo incide el contexto sociocultural en las enfermedades psiquiátricas?
5. ¿La Ley Nacional 26.657 y el proceso de desmanicomio permite superar el aislamiento del paciente contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales o genera nuevas problemáticas?
6. ¿Qué es la esquizofrenia?
7. ¿Qué prevalencia tiene en el Hospital Braulio Moyano?
8. ¿Qué perspectiva de alta o egreso tienen los pacientes?
9. ¿Qué es la cronicidad? ¿Cuál es su prevalencia?
10. ¿Cómo definiría atención y que injerencia tiene en el desarrollo cognitivo y en la integración social de los individuos?
11. ¿Qué es la atención desde la perspectiva de la salud mental?
12. ¿Por qué es una actividad cerebral compleja?
13. ¿Cómo puede describir el proceso de prestar atención? ¿Qué lo motiva?
14. ¿Qué sucede con la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia?
15. ¿Existen bases neurológicas y/o psicológicas para el déficit de atención en pacientes con esquizofrenia?
16. ¿Considera que existe una relación directa entre déficit atencional y cronicidad? Si, No ¿Por qué?
17. ¿Puede encuadrarse la esquizofrenia dentro de los trastornos atencionales?
18. ¿Cómo describiría el déficit atencional en estos pacientes?

19. ¿En este grupo poblacional el deterioro es mayor, menor o igual, cuando nos referimos a atención selectiva?
20. ¿En qué espectro esquizofrénico el déficit atencional presenta mayor prevalencia?
21. ¿Cómo incide el déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia?
22. ¿Es posible hablar de reeducación atencional?
23. ¿Se puede aprender a prestar atención?
24. ¿Es posible desarrollar habilidades sociales en individuos con problemas atencionales?
25. El olvidar y recordar guarda relación con esta enfermedad en sí, o es el emergente del abandono sociofamiliar del paciente crónico?
26. ¿La falta de atención se trata de una problemática permanente o fluctuante en estos pacientes?
27. Según Alicia Fernández, intimidad y comunalidad son condiciones para el aprendizaje de la atención? ¿Cómo pueden lograrse estas condiciones en la internación crónica?
28. ¿Cómo la falta de atencionalidad repercute en la calidad de vida de los pacientes?
29. ¿Qué estrategias y tratamiento utiliza para abordar esta problemática en la práctica clínica?
30. Desde su rol profesional, ¿desea agregar algo más respecto a la esquizofrenia y el déficit atencional?

Anexo 2

Entrevistas

I. Lic. En Enfermería Beatriz Barreto

1.¿Cuál es su profesión? ¿Dónde se desempeña? ¿Qué rol cumple?

Soy Licenciada en Enfermería., me desempeño en el área asistencial en psiquiatría en el pabellón Tomasa Vele Sarffield segundo del Hospital Braulio Moyano.

2- Desde su rol profesional ¿Cómo interviene en esta área?

Intervengo desde el cuidado. y el seguimiento de los pacientes trabajando conjuntamente con el resto del equipo interdisciplinario, realizando mi trabajo no solo observando la conducta de las pacientes, sino también interviniendo en sus crisis y demandas, también realizando las actividades que permiten resocializar a la pacientes y son previamente dialogadas con todo el staff del servicio, para que en el momento oportuno, las mismas lleguen a tener autonomía e incluirlas nuevamente en la sociedad. Pero siento que me faltan herramientas adecuadas, estoy yo y mis colegas enfermeras de alguna manera enseñándoles, inculcándoles hábitos y conductas como lo haría con un niño pero no tengo la formación psicopedagógica para intervenir de manera certera.

3¿Cómo define Salud Mental?

La defino primero como un derecho innegable a toda la toda la sociedad, teniendo en cuenta que la misma incluye nuestro bienestar físico, psíquico y social.

4-¿Cómo incide el contexto sociocultural en las enfermedades psiquiátricas?

El contexto incide de manera en la vida de los individuos, puede ser de manera negativa o positiva, siendo esto muy subjetivo para cada persona, ya que todos estamos atravesados por múltiples factores.

5¿La Ley Nacional 26.657 y el proceso de desmanicomialización permite superar el aislamiento del paciente contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales o generando nuevas problemáticas?

Si, lo permite siempre que se cuenten con los recursos para la correcta rehabilitación, como las casas de medios caminos, los centros de atención ambulatoria y el acompañamiento de los equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios.

6. ¿Qué es la esquizofrenia?

Es una patología mental grave que requiere de atención inmediata, ya que no solo afecta el pensamiento, la percepción y la conducta de la persona que padece esta enfermedad, sino también su autonomía y su posible inclusión en la sociedad. Hay que evitar la cronificación de la patología.

7.¿Qué prevalencia tiene en el Hospital Braulio Moyano?

El 80 por ciento aproximadamente.

8.¿Qué perspectiva de alta o egreso tienen los pacientes?

La expectativa es muy baja, si bien cada situación es muy diferente. La mayoría de las pacientes, no tienen una familia continente o no se encuentran disponibles los dispositivos para alojarlas. Las pocas altas que se dan fracasan mayormente, porque tienen recaídas muy intensas.

9.¿Qué es la cronicidad? ¿Cuál es su prevalencia?

Son las enfermedades que se mantienen en el tiempo más de 6 meses y su recuperación es muy lenta y no fueron abordadas en su debido momento, en la institución la cronicidad es de un 90 por ciento.

Te hago una observación que creo importante acá y que unifica a la pregunta anterior con este , la baja en la perspectiva de ingreso se da en la prevalencia alta de síntomas agudos: Fantasías, alucinaciones (por lo general implican ver o escuchar cosas que no existen. ...), pensamiento desorganizado (discurso), comportamiento motor extremadamente desorganizado o anormal y sobre todo síntomas negativos que implican la intencionalidad y la capacidad cognitiva .

10.¿Cómo definiría atención y que injerencia tiene en el desarrollo cognitivo y en la integración social de los individuos? Es la capacidad de enfocarse en lo que se está percibiendo y haciendo, es la que nos permite en el proceso cognitivo orientarnos.

11.¿Qué es la atención desde la perspectiva de la salud mental?

Es la que nos permite percibir estímulos y memorizarlos, la atención es la que nos permite evaluar, procesar y priorizar que se consideran más importantes.

12.¿Por qué es una actividad cerebral compleja?

Porque intervienen diferentes áreas cerebrales y cumple la función de procesar y preparar los esquemas internos para dar una respuesta cognitiva.

13.¿Cómo puede describir el proceso de prestar atención? ¿Qué lo motiva?

Este proceso tiene como cualidad la selectividad mediante la conciencia y la concentración, así como la información que se adquiere de diferentes objetos que quedarán fijos en los recuerdos, está íntimamente ligada a la percepción.

14.¿Qué sucede con la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia?Esta se ve afectada puede disminuir o mantenerse por largos periodos alterada.

15.¿Existen bases neurológicas y/o psicológicas para el déficit de atención en pacientes con esquizofrenia?

Totalmente, aunque las causas pueden ser multifactoriales, todavía no se conoce su origen etiológico.

16.¿Considera que existe una relación directa entre déficit atencional y cronicidad? Si, No ¿Por qué?

Claro que sí , porque la cronicidad va afectando las distintas áreas cerebrales y la ausencia de estimulación produce pérdidas y deterioros cognitivos importantes.

17.¿Puede encuadrarse la esquizofrenia dentro de los trastornos atencionales?

No , no se puede debido a que el trastorno atencional es solo un deterioro que afecta esta enfermedad.

18.¿Cómo describiría el déficit atencional en estos pacientes?

Los trastornos atencionales van en diferentes graduaciones, es decir de moderado a grave.

19.¿En este grupo poblacional el deterioro es mayor, menor o igual, cuando nos referimos a atención selectiva?

Siempre es mayor

20.¿En qué espectro esquizofrénico el déficit atencional presenta mayor prevalencia?

Considero que en la catatonía.

21.¿Cómo incide el déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia?

Su incidencia es muy grande y afecta a toda su vida cotidiana.

22.¿Es posible hablar de reeducación atencional?

Si es posible, a través de la rehabilitación y reflexionando sobre este cuestionario y que está dirigido a la mirada psicopedagógica, creo que esa mirada falta en el abordaje de este síntoma.

23.¿Se puede aprender a prestar atención?

Si se puede, sin lugar a dudas., mediante un gran trabajo interdisciplinario

24.¿Es posible desarrollar habilidades sociales en individuos con problemas atencionales?

Si es posible, pero ello implica un gran trabajo sobre los focos atencionales y la percepción de los mismos

25.El olvidar y recordar guarda relación con esta enfermedad en sí, o es el emergente del abandono socio familiar del paciente crónico?

Si guarda relación, pero el abandono familiar es el emergente de mayor rango.

26.¿La falta de atención se trata de una problemática permanente o fluctuante en estos pacientes?

Puede ser permanente y fluctuante.

27, Según Alicia Fernández, intimidad y comunalidad son condiciones para el aprendizaje de la atención? ¿Cómo pueden lograrse estas condiciones en la internación crónica?

Sin lugar a dudas que son condiciones para el aprendizaje de la atención. Si se puede lograr, en la internación crónica se realiza mediante la psi coeducación.

28.¿Cómo la falta de atención repercute en la calidad de vida de los pacientes?

Repercute de manera total en las pacientes y es muy difícil si su abordaje no comenzó en las primeras manifestaciones clínicas de la patología.

29.¿Qué estrategias y tratamiento utiliza para abordar esta problemática en la práctica clínica?

Utilizo la educación psico social, los límites, el ayudar a colaborar con las tareas cotidianas. , como enseñarles a hacerse sus camas, a mantener el orden de sus pertenencias individuales, en su higiene personal, en respetar los horarios de comidas, buenos modales, cómo deben expresarse para solicitar las cosas que necesitan.

30, Desde su rol profesional, ¿desea agregar algo más respecto a la esquizofrenia y el déficit atencional?

No, no deseo agregar nada más

II. Enfermero Profesional Alberto Velazco

1. ¿Cuál es su profesión? ¿Dónde se desempeña? ¿Qué rol cumple?

Mi profesión es Enfermero universitario., me desempeño como ENFERMERO asistencial en psiquiatría en el pabellón Greissinger del Hospital Braulio Moyano y además soy supervisor del Hospital militar en el grupo pediátrico con especialidad en niños con cáncer y patologías varias.

2. Desde su rol profesional ¿Cómo interviene en esta área?

Intervengo desde el cuidado. En el equipo interdisciplinario, realizando mi trabajo a través del proceso de atención de enfermería, el cual me permite evaluar la evolución de las pacientes, previniendo y actuando en las crisis que puedan llegar a recaer y además trabajo para que manifiesten el máximo potencial y su autonomía e inclusión en la sociedad.

3. ¿Cómo define Salud Mental?

La defino un derecho innegable a toda la población, si bien la misma pasa por diferentes estadios, es importante cuidarla para desarrollar el máximo potencial y autonomía.

4. ¿Cómo incide el contexto sociocultural en las enfermedades psiquiátricas?

El contexto incide de manera permanente en la vida de los individuos, ya que los individuos somos seres históricos, sociales y culturales, estamos continuamente atravesados por estos factores y circunstancias.

5. ¿La Ley Nacional 26.657 y el proceso de desmanicomialización permite superar el aislamiento del paciente contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales o generando nuevas problemáticas?

Si, lo permite siempre que se cuenten con los recursos terapéuticos como las casas de medios caminos, los centros de atención ambulatoria y el acompañamiento de los equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios.

6. ¿Qué es la esquizofrenia? Es una psicopatología mental grave que debe atenderse de manera urgente, ya que afecta el pensamiento, la percepción y la conducta de la persona que padece esta

enfermedad, sino también su autonomía y su posible inclusión en la sociedad. Hay que evitar la cronificación de la patología.

7.¿Qué prevalencia tiene en el Hospital Braulio Moyano?

El 90 por ciento aproximadamente

8.¿Qué perspectiva de alta o egreso tienen los pacientes?

La expectativa es muy baja, si bien cada situación es muy particular. La mayoría de las pacientes, no tienen una familia continente o ni siquiera tienen una familia y llegan al hospital habiendo sobrevivido en situación de calle.

Además la mayoría de las pacientes no quieren irse a otros sitios, como hogares u otros dispositivos, si se van con sus familia la mayoría vuelve nuevamente.

9.¿Qué es la cronicidad? ¿Cuál es su prevalencia?

Son las enfermedades que se mantienen en el tiempo y no fueron abordadas en su debido momento, en la institución la cronicidad es de un 90 por ciento.

10.¿Cómo definiría atención y que injerencia tiene en el desarrollo cognitivo y en la integración social de los individuos?

Es la capacidad de enfocarse en lo que se está percibiendo y haciendo, su injerencia es sumamente importante en el desarrollo cognitivo y en la inclusión social porque la atención es la que nos permite desarrollar nuestra memoria y formar nuestra identidad

11.¿Qué es la atención desde la perspectiva de la salud mental?

Es la que nos permite percibir estímulos y memorizarlos, la atención va de la mano con la motivación ya que funcionan en conjunto para guiar al individuo.

12.¿Por qué es una actividad cerebral compleja? Porque intervienen diferentes áreas cerebrales y el sistema nervioso central.

13.¿Cómo puede describir el proceso de prestar atención? ¿Qué lo motiva?

Es dirigir la percepción a un foco determinado, está afectada por la motivación y el estado de salud global de la persona.

14.¿Qué sucede con la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia?

Esta se ve afectada rotundamente y es uno de los síntomas más invalidantes.

15.¿Existen bases neurológicas y/o psicológicas para el déficit de atención en pacientes con esquizofrenia?

Totalmente

16.¿Considera que existe una relación directa entre déficit atencional y cronicidad? Si, No ¿Por qué?

Claro que sí, porque la cronicidad va afectando las distintas áreas cerebrales

17.¿Puede encuadrarse la esquizofrenia dentro de los trastornos atencionales? si se puede y abarca mucho más que estos.

18.¿Cómo describiría el déficit atencional en estos pacientes?

Les cuesta prestar atención a los estímulos externos ya que están en más de una ocasión en cuadros con diferentes tipos de alucinaciones.

19.¿En este grupo poblacional el deterioro es mayor, menor o igual, cuando nos referimos a atención selectiva?

Es mayor siempre.

20.¿En qué espectro esquizofrénico el déficit atencional presenta mayor prevalencia?

En todos, pero se ve mayormente en la catatonia.

21. ¿Cómo incide el déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia?

Su incidencia es muy grande porque sus facultades mentales se encuentran alteradas

22. ¿Es posible hablar de reeducación atencional?

Si es posible, para mejorar la atención

23. ¿Se puede aprender a prestar atención?

Si se puede, sin lugar a dudas.

24. ¿Es posible desarrollar habilidades sociales en individuos con problemas atencionales?

Si es posible, pero ello implica un gran trabajo sobre los focos atencionales y la percepción de los mismos

25. El olvidar y recordar guarda relación con esta enfermedad en sí, o es el emergente del abandono socio familiar del paciente crónico?

Si guarda relación, pero el abandono familiar es el emergente de mayor rango.

26. ¿La falta de atención se trata de una problemática permanente o fluctuante en estos pacientes?

Es fluctuante, aunque puede ser permanente.

27. Según Alicia Fernández, intimidad y comunalidad son condiciones para el aprendizaje de la atención? ¿Cómo pueden lograrse estas condiciones en la internación crónica?

Se puede lograr trabajando en conjunto todo el equipo interdisciplinario., participando en talleres de psicodrama por ejemplo.

28. ¿Cómo la falta de atención repercute en la calidad de vida de los pacientes?

Repercute de manera tremenda y es muy difícil si su abordaje no comenzó en las primeras manifestaciones clínicas de la patología.

29. ¿Qué estrategias y tratamiento utiliza para abordar esta problemática en la práctica clínica?

Utilizo la educación psico social, los límites, el ayudar a colaborar con las tareas cotidianas, como enseñarles a hacerse sus camas, respetar los horarios de comidas, los hábitos de higiene, los buenos modales, cómo deben expresarse para solicitar las cosas que necesitan.

30,Desde su rol profesional, ¿desea agregar algo más respecto a la esquizofrenia y el déficit atencional?

No, no deseo agregar nada más.

III. Lic. En Psicología Natalia Eva Gradel

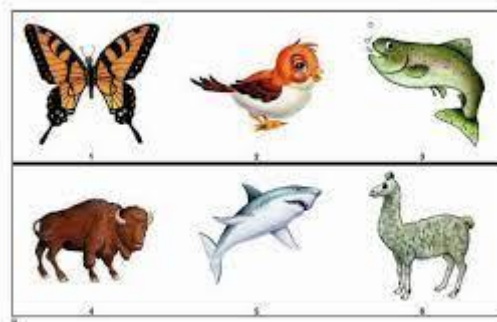
1. ¿Cuál es su profesión? ¿Dónde se desempeña? ¿Qué rol cumple?
Soy Lic. En Psicología, soy psicóloga de planta en el Hospital Braulio Moyano.
2. ¿Cómo define Salud Mental? Defino a la salud mental como el derecho a desarrollar el potencial emocional y mental en un nivel que permita la máxima autonomía posible y bienestar.
3. Desde su rol profesional ¿Cómo interviene en esta área? Intervengo en equipo interdisciplinario aportando los saberes y experiencias adquiridos a lo largo de mi profesión ya sea en prácticas individuales de psicoterapia o grupales.
4. ¿Cómo incide el contexto sociocultural en las enfermedades psiquiátricas? Incide muchísimo, ya sea en la determinación de las mismas en la historia personal de cada sujeto como así también en la accesibilidad o no a las prácticas para intervenir en estas enfermedades.
5. ¿La Ley Nacional 26.657 y el proceso de desmanicomio permite superar el aislamiento del paciente contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales o genera nuevas problemáticas? Lo permite siempre que se den los dispositivos terapéuticos necesarios como ser casas de medio camino, emprendimientos laborales, centros de salud con profesionales de salud mental y acompañantes terapéuticos, todavía hay pocos dispositivos.
6. ¿Qué es la esquizofrenia? La esquizofrenia es una patología de salud mental muy grave y crónica que afecta el pensamiento, la percepción, el afecto y la conducta de la persona, provoca serios problemas en relación a la autonomía de la persona y su desarrollo integral y social.
7. ¿Qué prevalencia tiene en el Hospital Braulio Moyano? Alrededor del 90 por ciento.
8. ¿Qué perspectiva de alta o egreso tienen los pacientes? La perspectiva depende de cada situación particular, muchas pacientes no tienen familia o las familias no se comprometen a vivir con las pacientes y cuidarlas. En otros casos sí se trasladan a hogares o casas de medio camino pero no hay muchas vacantes y las instituciones privadas implican grandes costos a las familias.
9. ¿Qué es la cronicidad? ¿Cuál es su prevalencia? La cronicidad se da en patologías que perduran en el tiempo, por años, o toda la vida, estimo que la prevalencia de crónicos en

nuestro hospital es del 90 por ciento y de ese 90% calcula que el 80 % son esquizofrénicos con síntomas como alucinaciones, pensamiento y habla desorganizada, descontrol motriz, déficit atencional e imposibilidad de aprender conductas y hábitos sociales.

10. ¿Cómo definiría atención y que injerencia tiene en el desarrollo cognitivo y en la integración social de los individuos? La atención es la capacidad de hacer foco en lo que se percibe. Es máxima su injerencia en el desarrollo cognitivo y en la integración social de las personas ya que la atención es la puerta a la memoria, que permite tener una identidad. Pero no sólo es observar sino establecer categorías entre los datos relevantes de los no relevantes.



11. Te doy un ejemplo, una de las pacientes que concurre a terapia, con avances y retrocesos, puede tener un b puntaje en el wisconsin figura de animales. Sin embargo en la lámina que pide establecer una categoría no logra hacerlo, porque no puede establecer diferencias entre lo relevante de lo secundario, eso se explica por el síntoma atencional, lamentablemente no contamos con los profesionales suficientes, ni con psicopedagogos para trabajar el problema. Mucho menos con una familia que apoye esta necesidad de aprender y reaprender.



12. ¿Qué es la atención desde la perspectiva de la salud mental? Es fundamental ya que como dije antes es la puerta a percibir estímulos y establecer categorías. La motivación influye

porque guía la atención, pero como ya te dije no se da en el espacio de la internación y lamentablemente el camino es la cronicidad, la abulia y el aislamiento cada vez más profundo.

13. ¿Por qué es una actividad cerebral compleja? Porque intervienen diversas áreas cerebrales.
14. ¿Cómo puede describir el proceso de prestar atención? ¿Qué lo motiva? Dirigir la percepción a un foco en un momento determinado, esta capacidad está afectada por la motivación y el estado de la persona, es decir un estímulo impacta en el sujeto por sobre el contexto, motivando la atención. En este punto, en el paciente con condición esquizofrénico este mecanismo presenta una disfunción que parte de la ausencia de la motivación que provocaría un objeto que interpela la atención, pero esa atención está inhibida, entonces se profundiza la dificultad y repercute en la posibilidad de aprender, incluso lo básico como poner pasta dental en un cepillo. En este punto, debemos pensar que proponen las instituciones de salud para tratar la motivación, el manicomio despersonaliza, quita identidad, disuelve la dimensión social del paciente, disminuye su subjetividad, los objetiviza y un objeto no puede ser motivado ni motivarse.
15. ¿Qué sucede con la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia? Se ve afectada severamente, como te dije antes.
16. ¿Existen bases neurológicas y/o psicológicas para el déficit de atención en pacientes con esquizofrenia? Por supuesto pero creo que detona en crisis por la influencia del contexto socio familiar y cultural, esta enfermedad es en gran parte la válvula de escape de una sociedad muy enferma.
17. ¿Considera que existe una relación directa entre déficit atencional y cronicidad? Si, No ¿Por qué? Sí, pero no irreversible, creo que si se trabaja sobre el aprendizaje de “prestar atención” se lograría salir en muchos casos del camino a la cronicidad. Yo hace tiempo que demando la incorporación al equipo de psicopedagogos.
18. ¿Puede encuadrarse la esquizofrenia dentro de los trastornos atencionales? El déficit atencional es un síntoma de la esquizofrenia, la esquizofrenia no es una categoría de lo DDH.
19. ¿Cómo describiría el déficit atencional en estos pacientes? Les cuesta Prestar atención a los estímulos externos ya que suelen estar más ensimismados en sus pensamientos o

interceptados por alucinaciones. El síntoma atencional, es fundamentalmente en estos pacientes, la imposibilidad de discernir y enfocarse en los estímulos relevantes y descartar los irrelevantes.

20. ¿En este grupo poblacional el deterioro es mayor, menor o igual, cuando nos referimos a atención selectiva? Es mayor, es ese el síntoma que prevalece y obstaculiza cualquier aprendizaje.

21. ¿En qué espectro esquizofrénico el déficit atencional presenta mayor prevalencia? La catatonía.

22. ¿Cómo incide el déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia?

Desde que la persona nace se relaciona con el otro y esa relación se da en aprehender al objeto o persona que nos interpela “llamándonos la atención”, por ende, el déficit atencional condiciona todo tipo de relación con el entorno y con la otredad. El aislamiento del paciente no le permite empatizar porque no puede detectar los estímulos que otra persona o el medio le trasmite.

Pensemos en el circuito de la comunicación, si una persona no puede “prestar atención al emisor” el mensaje se diluye o distorsiona, sin atención no hay comunicación y la comunicación es la base de las relaciones humanas y en consecuencia el medio por el cual el individuo aprende , adquiere habilidades sociales.

23. ¿Es posible hablar de reeducación atencional? Creo que es posible, absolutamente.

24. ¿Se puede aprender a prestar atención? Como lo expresa Alicia Fernández. La atención es el síntoma atrapado de un trauma que desencadeno los mecanismos biológicos que detonan la esquizofrenia, al menos es lo que creo desde mi experiencia profesional.

25. ¿Es posible desarrollar habilidades sociales en individuos con problemas atencionales? Es posible pero implica un constante trabajo sobre la atención, muchas veces es un trabajo desde el cuidador hacía el paciente, pero el verdadero trabajo, el verdadero logro sería lograr que el paciente construya su propio aprendizaje atencional.

26. El olvidar y recordar guarda relación con esta enfermedad en sí, o es el emergente del abandono socio familiar del paciente crónico? Guarda en mi apreciación relación con la enfermedad pero se agrava con el abandono socio familiar.

27. ¿La falta de atención se trata de una problemática permanente o fluctuante en estos pacientes? Es fluctuante y eso permite soñar con la reeducación.
28. Según Alicia Fernández, intimidad y comunalidad son condiciones para el aprendizaje de la atención? ¿Cómo pueden lograrse estas condiciones en la internación crónica? Resulta poco factible en el contexto hospitalario con la estructura actual.
29. ¿Cómo la falta de atencionalidad repercute en la calidad de vida de los pacientes? Limita la construcción de vínculos y la autonomía.
30. ¿Qué estrategias y tratamiento utiliza para abordar esta problemática en la práctica clínica? Psicoterapia individual trabajando con la motivación y también talleres de estimulación cognitiva grupales.
31. Desde su rol profesional, ¿desea agregar algo más respecto a la esquizofrenia y el déficit atencional? No, creo que ya está.

IV. Enfermera Ana Carina Andrés

1. ¿Cuál es su profesión? ¿Dónde se desempeña? ¿Qué rol cumple?

Soy enfermera en el Hospital Moyano.

2. ¿Cómo define Salud Mental?

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”.

3. Desde su rol profesional ¿Cómo interviene en esta área?

Las funciones principales del área de Enfermería en salud mental dentro del área son la asistencia, el papel educativo y el fomento de la salud mental a nivel comunitario e individual. Trabajo en las salas con pacientes crónicas que padecen esquizofrenia, este trabajo va más allá del control de los parámetros clínicos, el suministro de medicación y la higiene del paciente, incluye algo más importante: la educación y reeducación de las pacientes, que en algunos estadios de la enfermedad olvidan hasta como vestirse, como utilizar los utensilios para alimentarse y como higienizarse en forma autónoma.

4. ¿Cómo incide el contexto sociocultural en las enfermedades psiquiátricas?

Incide en la vida de los individuos de una forma determinante, ya que la presión social conlleva a la adopción de hábitos como el consumo de drogas que actúan como catalizadores de diversas patologías, así como también influye el abandono familiar, que yo lo relaciona plenamente con la cronicidad.

5. ¿La Ley Nacional 26.657 y el proceso de desmanicomización permite superar el aislamiento del paciente contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales o genera nuevas problemáticas?

Si y no, ya que lo permite siempre que se cuenten con los recursos terapéuticos como las casas de medios caminos, los centros de atención ambulatoria y el acompañamiento de los equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios. Por otro lado la ausencia de curadores (familiares o judiciales) deja en la decisión del paciente su tratamiento y muchas veces la situación lo excede.

6. ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es un trastorno mental grave por el cual las personas perciben la realidad de otra manera. La esquizofrenia puede provocar una combinación de alucinaciones, delirios y trastornos graves en el pensamiento y el comportamiento, que afecta el funcionamiento diario y puede ser incapacitante.

7. ¿Qué prevalencia tiene en el Hospital Braulio Moyano?

En torno del 80%.

8. ¿Qué perspectiva de alta o egreso tienen los pacientes?

Hay casos y casos, los pacientes se van y vuelven con otra crisis, desconozco el porcentaje exacto, pero es muy baja.

9. ¿Qué es la cronicidad? ¿Cuál es su prevalencia?

Es la condición de aquellas enfermedades que se mantienen en el tiempo más de 6 meses, con recuperación muy lenta, que en la mayoría de los casos no fueron abordadas en su debido tiempo, en la institución la cronicidad es de un 90 por ciento y la mayoría de las crónicas presentan esquizofrenia.

10. ¿Cómo definiría atención y que injerencia tiene en el desarrollo cognitivo y en la integración social de los individuos?

La atención es la capacidad que permite a la persona captar estímulos del medio, clasificarlos y actuar en consecuencia, la atención precede a la acción. La atención actúa entonces como un proceso cognitivo que permite en la vida diaria dirigir los recursos, actuando como un filtro o cuello de botella selectivo que nos permite enfocarnos en la parte relevante de la información. Te doy un ejemplo, yo suministro personalmente los alimentos a las pacientes crónicas y observo como en otras patologías psiquiátricas, a pesar de la edad y de que algunos casos son de gran gravedad, aún conservan ciertos hábitos como el uso de los cubiertos, sin embargo en algunas pacientes con esquizofrenia debo tomar y sostener sus manos para que utilicen el tenedor o la cuchara, luego lo hacen, pero por su dispersión al otro día debemos repetir la misma acción.

11. ¿Qué es la atención desde la perspectiva de la salud mental?

Es la facultad mental que permite percibir estímulos y memorizarlos, la atención va de la mano con la motivación ya que funcionan en conjunto para guiar al individuo y es fundamental para el aprendizaje.

12. ¿Por qué es una actividad cerebral compleja?
Porque involucra todo el sistema nervioso.
13. ¿Cómo puede describir el proceso de prestar atención? ¿Qué lo motiva?
Estimulo del entorno, observación-percepción, selección y acción.
14. ¿Qué sucede con la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia?
Se ve muy deteriorada, por la falta de concentración y por las alucinaciones.
15. ¿Existen bases neurológicas y/o psicológicas para el déficit de atención en pacientes con esquizofrenia?
El sistema atencional posterior parece estar relacionado con todo lo referente al control del procesamiento espacial. Es el encargado de centrar la atención en la posición del campo visual donde está situado el estímulo objetivo.
En la esquizofrenia el déficit atencional es un síntoma.
16. ¿Considera que existe una relación directa entre déficit atencional y cronicidad? Si, No
¿Por qué?
Sí, porque la atención es la herramienta que permite aprender, desde cosas tan básicas como sostener una cuchara, como percibir los sentimientos de otras personas y eso abarca la vida en relación. Se aíslan como consecuencia de la enfermedad.
17. ¿Puede encuadrarse la esquizofrenia dentro de los trastornos atencionales?
Tengo entendido que el déficit atencional es un síntoma.
18. ¿Cómo describiría el déficit atencional en estos pacientes?
Les cuesta prestar atención a los estímulos externos ya que están en más de una ocasión en cuadros con diferentes tipos de alucinaciones, se muestran aislados, ensimismados y esta falta de concentración contribuye a esto.
19. ¿En este grupo poblacional el deterioro es mayor, menor o igual, cuando nos referimos a atención selectiva?
Mayor.
20. ¿En qué espectro esquizofrénico el déficit atencional presenta mayor prevalencia?
El tipo desorganizado y el catatónico. La esquizofrenia desorganizada se caracterizaba por un comportamiento desorganizado y habla sin sentido, con poca afectividad o afectividad inapropiada, dado que no puede darse cuenta de los sentimientos o necesidades

del otro. El habla y los pensamientos desorganizados, se vinculan con el no poder filtrar los estímulos.

La esquizofrenia catatónica se caracterizaba por la catatonía. La catatonía hace que una persona experimente movimientos excesivos, llamado entusiasmo catatónico, o menos movimientos, conocidos como estupor catatónico. Por ejemplo, es posible que no pueda hablar (mutismo), que repita las palabras de otra persona (ecolalia) o imitar acciones (ecopraxia).

21. ¿Cómo incide el déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia?

Su incidencia es muy alta, porque sus facultades mentales se encuentran alteradas y la incapacidad de atender condiciona el aprender y las habilidades sociales deben ser aprendidas.

22. ¿Es posible hablar de reeducación atencional?

Creo que sí, yo les enseño una y otra vez las mismas cosas, pero mi profesión no me da las herramientas para actuar en el aprendizaje, pero debiera trabajarse desde el aprender el déficit atencional.

23. ¿Se puede aprender a prestar atención?

Si, de hecho muchas pasado el tiempo saben usar la cuchara.

24. ¿Es posible desarrollar habilidades sociales en individuos con problemas atencionales?

Seguro, con voluntad y profesionales que actúen sobre el problema atencional desde el aprender y reaprender.

25. El olvidar y recordar guarda relación con esta enfermedad en sí, o es el emergente del abandono socio familiar del paciente crónico?

Ambas condiciones conforman el olvido.

26. ¿La falta de atención se trata de una problemática permanente o fluctuante en estos pacientes?

En la mayoría de los casos permanente.

27. Según Alicia Fernández, intimidad y comunalidad son condiciones para el aprendizaje de la atención? ¿Cómo pueden lograrse estas condiciones en la internación crónica?

En el hospital no hay vida privada, no hay intimidad para las pacientes y tampoco en las crónicas agudas hay relación de comunidad. Por esto es mucho más complejo abordar la salud mental.

28. ¿Cómo la falta de atencionalidad repercute en la calidad de vida de los pacientes?

Obvio.

29. ¿Qué estrategias y tratamiento utiliza para abordar esta problemática en la práctica clínica?

Yo trabajo desde el afecto, no sé si está bien o mal, pero creo que la alianza terapéutica entre enfermera y el paciente es una relación de dos personas extrañas entre las que se forma un apego especial, que lleva a una transferencia inconsciente, que hace que las palabras de la enfermera sean de gran importancia para el paciente, Esto es muy útil a la hora de enseñar pequeñas cosas como lavarse las manos o utilizar los cubiertos, una sonrisa estimula, una palabra afectuosa más.

30. Desde su rol profesional, ¿desea agregar algo más respecto a la esquizofrenia y el déficit atencional?

Yo no soy más que una enfermera pero a veces siento que de alguna manera la sociedad las pone acá para olvidar su propio miedo a la locura.

V. Enfermera Sara Mansilla

1. ¿Cuál es su profesión? ¿Dónde se desempeña? ¿Qué rol cumple?

Soy enfermera, trabajo en el Hospital Moyano y en el Vacarezza. Mi rol se suscribe a la atención de los pabellones de crónicas.

2. ¿Cómo define Salud Mental?

Más allá de las definiciones académicas o de la OMS, para mi salud mental es la situación de un individuo que puede moverse con completa autonomía, tomar decisiones y actuar libre y responsablemente. Creo que es un concepto individual y social.

3. Desde su rol profesional ¿Cómo interviene en esta área?

Trabajo en el Moyano los francos (sábado, domingos y feriados), me ocupo del control clínico, de la higiene y la alimentación de los pacientes.

4. ¿Cómo incide el contexto sociocultural en las enfermedades psiquiátricas?

Creo que mucho, el stress, los problemas, todo influye.

5. ¿La Ley Nacional 26.657 y el proceso de desmanicomio permite superar el aislamiento del paciente contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales o genera nuevas problemáticas?

Los puntos centrales de la ley priorizan acciones y servicios de carácter ambulatorio. Además, garantiza los derechos de los pacientes neuropsiquiátricos a no ser discriminados, a la singularidad, a la atención en un ambiente apto con resguardo de su intimidad. Todo esto está muy bien en teoría pero ¿a dónde van cuando le llega el alta? Hay pocos espacios intermedios, las familias no están preparadas y existe la estigmatización en la reinserción social? ¿Qué sucede con aquellos que pasados los 6 meses de internación pasan a ser crónicos? ¿Qué nueva propuesta hay desde la ley para las pacientes esquizofrénicas que pasan la vida internada? ¿Qué hay de su calidad de vida y sus derechos? ¿Qué sucede con ellas si no se trabaja sobre su reeducación como camino de vuelta a la sociedad? Desde la enfermería ofrecemos cuidados pero no podemos trabajar con la falta de atención que les impide aprender. Desde mi humilde opinión, como una simple enfermera, considero que debe hilarse más fino e invertir capital humano y dinero en el cumplimiento efectivo de los derechos de estas mujeres, sino sólo es literatura.

6. ¿Qué es la esquizofrenia?

Es una enfermedad psiquiátrica muy grave que necesita atención inmediata, dado que no solo afecta el pensamiento, la percepción y la conducta de la persona que padece

esta enfermedad, sino también su autonomía y su posible inclusión en la sociedad, y afecta la vida familiar.

7. ¿Qué prevalencia tiene en el Hospital Braulio Moyano?

No sé el porcentaje pero es muy alta.

8. ¿Qué perspectiva de alta o egreso tienen los pacientes?

Muy baja, hace no mucho falleció una paciente que pasaba los 100 años y fue internada a los 23 años en una crisis que se desato luego del nacimiento de su hija.

9. ¿Qué es la cronicidad? ¿Cuál es su prevalencia?

La cronicidad es eso vivir y morir internada, y muy alta.

10. ¿Cómo definiría atención y que injerencia tiene en el desarrollo cognitivo y en la integración social de los individuos?

La atención es la capacidad de observar el entorno, distinguir y seleccionar aquello que debemos conocer para actuar.

11. ¿Qué es la atención desde la perspectiva de la salud mental?

La falta atención es la mitad del problema, sobre todo en la esquizofrenia, no prestar atención ensimisma, aísla y genera abulia. Para mí la atención es la llave que abre la puerta a una mejor calidad de vida. Las y los enfermeros trabajamos sobre este problema, pero no contamos con la formación adecuada para actuar sobre el déficit atencional y la construcción de aprendizajes básicos, como el uso de utensillos, los hábitos de higiene o aprendizajes más complejos. Con el motivo de esta entrevista, reflexione al respecto y considero que al tratamiento interdisciplinario le falta la pata psicopedagógica.

12. ¿Por qué es una actividad cerebral compleja?

Porque involucra al SNC que es el encargado de centrar la atención en la posición del campo visual donde está situado el estímulo objetivo, articulando estímulo y respuesta.

13. ¿Cómo puede describir el proceso de prestar atención? ¿Qué lo motiva?

Observación, selección, apropiación comprensiva y acción.

14. ¿Qué sucede con la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia?

Está muy deteriorada, sobre todo en las crónicas.

15. ¿Existen bases neurológicas y/o psicológicas para el déficit de atención en pacientes con esquizofrenia?

Los pacientes que sufren esquizofrenia no sólo exhiben diversas alteraciones neuroanatómicas sino, además, alteraciones en la neurotransmisión de diferentes sistemas, se creería que estas últimas son las que causan el déficit atencional.

16. ¿Considera que existe una relación directa entre déficit atencional y cronicidad? Si, No
¿Por qué?
Por mi experiencia, sí.
17. ¿Puede encuadrarse la esquizofrenia dentro de los trastornos atencionales?
Al revés, es un síntoma más de la enfermedad pero uno de los más inhabilitantes.
18. ¿Cómo describiría el déficit atencional en estos pacientes?
Los trastornos atencionales son diferentes según los casos, en la esquizofrenia suele ser grave.
19. ¿En este grupo poblacional el deterioro es mayor, menor o igual, cuando nos referimos a atención selectiva?
Mayor.
20. ¿En qué espectro esquizofrénico el déficit atencional presenta mayor prevalencia?
El catatónico.
21. ¿Cómo incide el déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia?
Y no les permite desarrollarlas plenamente.
22. ¿Es posible hablar de reeducación atencional?
Creo que sí, de a poco aprenden, hay que reiterar mucho lo que se enseña.
23. ¿Se puede aprender a prestar atención?
Sí, pero es difícil, más en el espacio de la cronicidad.
24. ¿Es posible desarrollar habilidades sociales en individuos con problemas atencionales?
Seguramente.
25. El olvidar y recordar guarda relación con esta enfermedad en sí, o es el emergente del abandono socio familiar del paciente crónico?
Seguro, a veces el olvido es un escape al dolor del abandono y la marginación, como un escape, por ejemplo, más de una recuerda muy bien mi nombre y yo no estoy toda la semana, sin embargo no recuerdan a sus hijos o hermanos.
26. ¿La falta de atención se trata de una problemática permanente o fluctuante en estos pacientes?
Fluctuante.
27. Según Alicia Fernández, intimidad y comunalidad son condiciones para el aprendizaje de la atención? ¿Cómo pueden lograrse estas condiciones en la internación crónica?
No lo veo en el espacio hospitalario.

28. ¿Cómo la falta de atencionalidad repercute en la calidad de vida de los pacientes?

Mucho, porque profundiza los síntomas negativos de la esquizofrenia.

29. ¿Qué estrategias y tratamiento utiliza para abordar esta problemática en la práctica clínica?

Desde mi rol, yo intento cada vez volver a enseñar lo que desaprendieron, el problema es ese, habría que trabajar sobre la atencionalidad para luego lograr que aprendan.

30. Desde su rol profesional, ¿desea agregar algo más respecto a la esquizofrenia y el déficit atencional?

No, gracias.

VI. Lic. En Psicología Andrea E. Vega

1. Cuál es su profesión? ¿Dónde se desempeña? ¿Qué rol cumple?

Soy Lic. En Psicología, mi nombre es Andrea E. Vega y trabajo con el equipo interdisciplinario del Hospital Braulio Moyano en el área de pacientes crónicas.

2. ¿Cómo define Salud Mental?

Es el estado psicológico y emocional general de una persona. La buena salud mental es un estado de bienestar en el que la persona es capaz de enfrentarse con las situaciones cotidianas, es responsable, resuelve los retos y tiene buenas relaciones con los demás.

3. Desde su rol profesional ¿Cómo interviene en esta área?

Trabajo dentro de un equipo interdisciplinario aportando los saberes y experiencias adquiridos a lo largo de mi profesión, tanto en prácticas individuales de psicoterapia o grupales, con pacientes principalmente crónicas.

4. ¿Cómo incide el contexto sociocultural en las enfermedades psiquiátricas?

Si Analizamos la influencia de lo socioambiental en los trastornos mentales, llegamos a la conclusión de que variables socioestructurales como la intolerancia social, la marginación, el status social bajo y las malas condiciones del hábitat, dificultan enormemente la rehabilitación psicosocial y por ende, hipotecan la calidad de vida de los y las pacientes.

5. ¿La Ley Nacional 26.657 y el proceso de desmanicomio permite superar el aislamiento del paciente contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales o genera nuevas problemáticas?

Lo permite siempre que se den los dispositivos terapéuticos necesarios como ser hogares de medio camino, talleres de capacitación laboral, centros de salud con profesionales de salud mental, acompañantes terapéuticos y profesionales que actúen sobre el reaprendizaje de todo aquello que se deteriora con la internación, en el caso de la esquizofrenia se debería trabajar con psicopedagogos en estos reaprendizajes, sin embargo en el ámbito de nuestro hospital y en el ámbito de la comunidad no estaría sucediendo..

6. ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es una enfermedad muy grave y crónica que afecta el pensamiento, la percepción, el afecto y la conducta de la persona, provocando serios problemas en

relación a su autonomía de la persona y su desarrollo integral y social. La esquizofrenia se caracteriza por pensamientos o experiencias que parecen estar desconectados de la realidad, habla o comportamiento desorganizado y disminución de la participación en las actividades cotidianas. También pueden presentarse dificultades en la concentración, la atención y la memoria.

7. ¿Qué prevalencia tiene en el Hospital Braulio Moyano?
El 90 por ciento.

8. ¿Qué perspectiva de alta o egreso tienen los pacientes?

Esta se haya condicionada por los vínculos del paciente con el afuera , muchas pacientes no tienen familia o las familias no se comprometen a vivir con las pacientes y cuidarlas, otras no quieren irse a hogares o casas de medio camino, sólo quieren irse de alta si es con sus familias. En otros casos sí se trasladan a hogares o casas de medio camino pero no hay muchas vacantes. Estas situaciones que describí hasta acá nos llevan a las sucesivas reinternaciones que llevan a la paciente a la cronicidad.

9. ¿Qué es la cronicidad? ¿Cuál es su prevalencia?

La cronicidad se da en patologías que perduran en el tiempo, por años, o toda la vida, con respecto a las enfermas con esquizofrenia la prevalencia se eleva en el Moyano a un 90 %.

10. ¿Cómo definiría atención y que injerencia tiene en el desarrollo cognitivo y en la integración social de los individuos?

La atención es una capacidad cognitiva que permite atender tanto a los estímulos ambientales como a los estados internos de cada uno, siendo un gran número los estímulos y eventos que solicitan nuestros recursos atencionales al mismo tiempo.

11. ¿Qué es la atención desde la perspectiva de la salud mental?

Es la puerta que permite percibir estímulos y memorizarlos. La motivación está guiando todo el tiempo la atención, es decir la atención es la herramienta que posibilita a un individuo hacer foco y receptor y clasificar estímulos. En el caso de la esquizofrenia esta deficiencia impide la selección entre los estímulos relevantes e irrelevantes y por ende le impide desarrollar habilidades sociales y acciones mínimas, con recordar conductas básicas de higiene.

12. ¿Por qué es una actividad cerebral compleja?

La atención es la capacidad de seleccionar y concentrarse en los estímulos relevantes. Es decir, la atención es el proceso cognitivo que nos permite orientarnos hacia los estímulos relevantes y procesarlos para responder en función de los mismos, es compleja porque intervienen diversas áreas cerebrales, que constituyen el proceso estímulo-respuesta.

13. ¿Cómo puede describir el proceso de prestar atención? ¿Qué lo motiva?

La atención como proceso psíquico se halla asentada en la interacción que se produce entre elementos de la corteza cerebral y elementos subcorticales; estos entran en actividad mediante una serie de mecanismos particulares que regulan la capacidad de la conciencia de concentrarse en tal o cual fenómeno de la realidad.

14. ¿Qué sucede con la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia?

Desde un punto de vista psicofisiológico, los pacientes con esquizofrenia presentan dos anormalidades de la atención severas, en primer lugar, presentan un déficit en la habituación del reflejo de orientación a estímulos nuevos y en segundo lugar existe una imposibilidad de categorizar dichos estímulos según sean importantes o no.

15. ¿Existen bases neurológicas y/o psicológicas para el déficit de atención en pacientes con esquizofrenia?

Uno de los aspectos más importantes respecto a las patologías mentales más graves, y en particular respecto a la esquizofrenia, son la empatía en particular y las habilidades sociales en general. A nivel psicopatológico la empatía es indicador de las capacidades del sujeto de establecer y mantener relaciones sociales complejas y sofisticadas (propias del ser humano), por tanto indicador de su grado o capacidad de adaptación social, de su salud mental. A nivel neuroanatómico, estas habilidades requieren de un complejo entramado en el que participan varias áreas del cerebro, y distintas funciones cognitivas funcionan de forma integrada. Las áreas del lenguaje izquierdas (principalmente verbales) y derechas (lenguaje no verbal, gestual, entonación, etc.), las áreas frontales encargadas de las funciones cognitivas más complejas, del pensamiento abstracto, del entendimiento y dominio del entorno y un manejo simbólico secundario o terciario (no textual) del lenguaje (fundamental para leer entre líneas, para el entendimiento de metáforas, de ironías, y demás aspectos que en la esquizofrenia son deficitarios). Ello necesita de una compleja integración de las funciones cognitivas más complejas y sofisticadas, y a nivel neurológico de la participación de diversas áreas de forma compleja e integrada.

Las habilidades sociales son de las más complejas y evolucionadas capacidades mentales del ser humano. A nivel neurológico, las principales áreas implicadas en este tipo de habilidades (córtex prefrontal dorsolateral, área de Broca, córtex temporal superior y el córtex parietal inferior) son en su mayoría las últimas en desarrollarse (filogenéticamente), y en ellas se han observado alteraciones en pacientes esquizofrénicos. En este tipo de habilidades intervienen diversas áreas cerebrales que

deben funcionar integradas, y la mayor parte del tiempo de manera inconsciente, la integración de aspectos preverbales, paraverbales y verbales es percibida muchas veces como algo intuitivo y no por ello menos eficaz y necesario en nuestra vida social cotidiana.

16. ¿Considera que existe una relación directa entre déficit atencional y cronicidad? Sí, No
¿Por qué? Si la relación es directa, ya que el déficit atencional impide el desarrollo de una vida en el contexto socio familiar, no pudiendo el paciente desarrollarse emocionalmente, tener un trabajo o concretar sus estudios y el hospital se convierte en su refugio.
17. ¿Puede encuadrarse la esquizofrenia dentro de los trastornos atencionales?
La esquizofrenia abarca más trastornos que los atencionales, el déficit atencional es uno de los síntomas que comprometen la calidad de vida de las pacientes.
18. ¿Cómo describiría el déficit atencional en estos pacientes?
Los pacientes esquizofrénicos presentan déficit en los mecanismos inhibitorios que dependen de la red atencional ejecutiva. Les cuesta sostener la atención a los estímulos externos, categorizarlos y actuar en consecuencia y esto puede explicarse por estar atravesados por alucinaciones, lo que se traduce en una conducta ensimismada y aislada.
19. ¿En este grupo poblacional el deterioro es mayor, menor o igual, cuando nos referimos a atención selectiva?
Es mayor, porque no se trata de un aspecto colateral sino de un síntoma característico de la enfermedad, que en el caso de las crónicas se acentúa.
20. ¿En qué espectro esquizofrénico el déficit atencional presenta mayor prevalencia?
Se observa más en la catatonía.
21. ¿Cómo incide el déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia?
La atención condiciona las funciones ejecutivas, se trata de un mecanismo complejo, que está relacionado con los conceptos de memoria de trabajo, ejecutivo central y sistema supervisor de la atención. Existe una fuerte controversia, que nos hace preguntarnos a los profesionales de la salud, si las funciones ejecutivas son unitarias o heterogéneas y si su correlato anatómico corresponde exclusivamente a los lóbulos frontales, pero podemos afirmar que los pacientes con funciones atencionales deficitarias pueden rendir normalmente en pruebas cognitivas estructuradas pero, su déficit atencional se expresa en situaciones que requieren de la capacidad de organizar, monitorear y controlar la

propia conducta, por lo tanto puede afirmarse que el síntoma de déficit atencional compromete absolutamente las habilidades sociales y cognitivas.

22. ¿Es posible hablar de reeducación atencional?

Creo que es posible, pero debiera ampliarse el trabajo interdisciplinario, incorporándose a psicopedagogos que actúen sobre la reeducación atencional, pero tampoco estamos en condiciones de asegurar que dicha acción subsane la problemática de los pacientes, si, tal vez la mejore.

23. ¿Se puede aprender a prestar atención?

Si se puede, pero con nuevas estrategias de atención, es un trabajo arduo para el paciente y si vemos los cuadros que tratamos acá, con alucinaciones, abulia y cierto grado de abandono, poner en práctica estrategias para que las pacientes logren estar consciente, alerta y listo para captar información; luego seleccionar la información a la poner atención, ignorando las distracciones y enfocarse en lo que se está haciendo y volver a enfocarse en la tarea si se distrajo, es un gran desafío. Y no es porque este trabajo tenga enfoque psicopedagógico que te lo diga, sostengo que la intervención psicopedagógica es una pata que le está faltando al abordaje clínico de la salud mental.

24. ¿Es posible desarrollar habilidades sociales en individuos con problemas atencionales?

Es posible pero implica un constante trabajo, una constante repetición de acciones que traten de fijar habilidades tan simples y difíciles de sostener como las pautas de cuidado e higiene, esto requiere trabajar primero sobre la atención, reeducar la atención.

25. El olvidar y recordar guarda relación con esta enfermedad en sí, o es el emergente del abandono sociofamiliar del paciente crónico?

Ambas, considero que un poco y un poco, se relaciona con un síntoma básico de la enfermedad pero se profundiza con el abandono familiar. Te cuento algo que me dijo una paciente de 80 años con profunda emoción, en un momento de lucidez: "A veces es mejor no acordarse, hay cosas que mejor olvidar". Fuera de lo profesional, sentí que el olvido era una forma de preservarse del dolor del abandono.

26. ¿La falta de atención se trata de una problemática permanente o fluctuante en estos pacientes?

Diría oscilante como un péndulo, va y viene casi de forma antojadiza.

27. Según Alicia Fernández, intimidad y comunalidad son condiciones para el aprendizaje de la atención? ¿Cómo pueden lograrse estas condiciones en la internación crónica?

Es muy difícil, falta la intimidad y la comunidad depende de poder desbloquear la inhibición de la empatía, que como ya referí antes es una de las consecuencias del síntoma desatencional, en teoría te hablaría que mediante un trabajo en equipo interdisciplinario, con la participación del paciente y sus redes sociales y familiares se lograría, pero la realidad te devuelve porcentajes que nos hablan de una cronicidad del 90%, se trata de un cachetazo a las teorías y de una realidad que desnuda la falta de compromiso social y la mirada discriminatoria a la locura.

28. ¿Cómo la falta de atencionalidad repercute en la calidad de vida de los pacientes?

Repercute profundamente en sus vínculos y la autonomía, es decir en la vida en relación y en la imposibilidad de tener un proyecto de vida autónomo.

29. ¿Qué estrategias y tratamiento utiliza para abordar esta problemática en la práctica clínica?

El tratamiento psiquiátrico con medicamentos, terapia psicosocial, psicoterapia individual, talleres de estimulación cognitiva puede ayudar a controlar la enfermedad.

30. Desde su rol profesional, ¿desea agregar algo más respecto a la esquizofrenia y el déficit atencional?

La esquizofrenia, como cualquier trastorno mental, dificulta el día a día del paciente, y afecta tanto a su vida familiar como social. Para algunos pacientes, estas circunstancias pueden derivar en depresión, ansiedad, abuso de sustancias e incluso pensamientos de muerte. La sociedad en general, e incluso el mismo paciente, suele sostener una imagen parcial y errónea de las personas con esquizofrenia.

Muchas veces los pacientes con esquizofrenia son discriminados, rechazados e incluso violencia, lo cual puede propiciar el aislamiento social.

La sociedad estigmatiza, frecuentemente, y genera grandes desigualdades con el resto de la población, no es fácil para este grupo poblacional trabajar, estudiar y relacionarse con los demás.

Creo que la desmanicomización es una intención retórica, pero la mirada de la sociedad sigue siendo la misma.

VII. Médico Psiquiatra Luis Osvaldo Mazarella

1. ¿Cuál es su profesión? ¿Dónde se desempeña? ¿Qué rol cumple?
 - a) Médico Psiquiatra. División Rehabilitación del Hospital Moyano. Soy el Responsable de trabajar con la Comunidad
2. ¿Cómo define Salud Mental?
 - b) Es el completo bienestar bio.psicosoocial y no la mera ausencia de enfermedad (OMS-OPS), Faltarían agregar la parte humanística y espiritual o transpersonal.
3. Desde su rol profesional ¿Cómo interviene en esta área?
 - c) Coordino talleres de trabajo corporal en la comunidad de Boca-Barracas. Atiendo Centros de atención Comunitaria de la zona. En Iglesias, rehabilitación en adicciones, etc.
4. ¿Cómo incide el contexto sociocultural en las enfermedades psiquiátricas?
 - d) Incide mucho, la construcción del sujeto se asimila en modelos (paternos, culturales, sociales, corporales, herencia, genética, etc.)
5. ¿La Ley Nacional 26.657 y el proceso de desmanicomialización permite superar el aislamiento del paciente contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales o genera nuevas problemáticas?
 - e. Es una buena Ley, sobre todo para el derechos de las y los pacientes, No la conocen todos. No tiene el presupuesto para los dispositivos.
6. ¿Qué es la esquizofrenia?
 - f) Es una enfermedad que puede presentar delirios, alucinaciones, ambivalencia afectiva. La creación artística los ayuda. Muchos genios de la pintura, la música y la escritura, la han padecido en un 80%. Muchos se han suicidado (Bipolaridad 20%)
7. ¿Qué prevalencia tiene en el Hospital Braulio Moyano?
 - g) 75% Esquizofrenia 15% trastorno Bipolar 10% Otras
8. ¿Qué perspectiva de alta o egreso tienen los pacientes?
 - h) Poca. Las mandan a Hogares en peores condiciones que el Moyano. Algunas se recuperan con actividades alternativas (granja, trabajo corporal, musicoterapia, rehabilitación, talleres ej de Radio (Desate).
- 9) ¿Qué es la cronicidad? ¿Cuál es su prevalencia?
 - i) Vivir y morir en un asilo. Hay una paciente que murió a los 101 años. Prev: 85%

10) ¿Cómo definiría atención y que injerencia tiene en el desarrollo cognitivo y en la integración social de los individuos?

j) La atención y la memoria, van de la mano. Memoria a corto y a largo plazo. El déficit cognitivo altera la integración en la esquizofrenia.

11) ¿Qué es la atención desde la perspectiva de la salud mental?

k) La atención es la capacidad del psiquismo de concentrarse en un objeto o actividad determinada. Es una función de foco o polarización sobre un objetivo. La atención puede ser de tres tipos: reactiva, espontánea o provocada. También podemos designar, a las dos primeras, como atención involuntaria y, a la segunda, como atención voluntaria. La atención está ligada al alerta psíquico, que es una disposición del individuo para captar los estímulos provenientes tanto del medio como de su interioridad. El alerta depende de factores neurobiológicos y de la capacidad personal de concentración (Beta)

12) ¿Por qué es una actividad cerebral compleja?

l) Porque participan distintos procesos. Atención Memoria, Sensopercepción.

Además el entorno psicosocial

13) ¿Cómo puede describir el proceso de prestar atención? ¿Qué lo motiva?

m) Concentrarse en un objeto, internalizarlo e interactuar. Está motivado por la repetición y adquisición de experiencia.

14) ¿Qué sucede con la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia?

n) está deteriorada, no hay autoestímulo ni demasiado estímulo exterior. Hastío

aburrimiento, y maltrato institucional. No se les llama por su nombre, son un número, anomia.

15) ¿Existen bases neurológicas y/o psicológicas para el déficit de atención en pacientes

Con esquizofrenia?

o) ambas, falla la zona amigdalina y los circuitos neuronales, Déficit de serotonina.

Psicológicamente, conviene no tratarlas, no remover demasiado su pasado, porque

Les altera. Se pueden utilizar técnicas de psicodrama.. O técnicas

cognitivas supervisadas o intervisadas en forma interdisciplinaria.

16) ¿Considera que existe una relación directa entre déficit atencional y cronicidad?

Si, No? Por qué

p) Si, existe. La demencia es un camino que puede tomar la esquizofrenia, la

Denominan vesánica y puede llevar a la muerte.

17)¿Puede encuadrarse la esquizofrenia dentro de los trastornos atencionales?

q) Así es. Fallan los caminos de la atención. Ya fue ampliamente detallado.

18)¿Cómo describiría el déficit atencional en estos pacientes?

r) Como parte de su deterioro que lleva a la hipobulia, síntoma capital del mismo.

19)¿En este grupo poblacional el deterioro es mayor, menor o igual, cuando nos

referimos a atención selectiva?

s) Es mayor, ya que la atención selectiva requiere mayor concentración, que en

este caso esta muy deteriorada.

20)¿En qué espectro esquizofrénico el déficit atencional presenta mayor

Prevalencia?

t) En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), el trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) es clasificado como un trastorno del desarrollo neurológico, caracterizado por un patrón persistente de inatención, hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo o ambos, y puede presentarse de las siguientes formas: Presentación combinada (con síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad), presentación predominante con falta de atención y presentación predominante hiperactividad/impulsividad. Este trastorno se asocia frecuentemente a dificultades en el aprendizaje escolar y a problemas de adaptación en niños y adolescentes, y a consumo de sustancias psicotrópicas, consumo abusivo de alcohol y conductas de riesgo en adultos. El TDAH constituye uno de los trastornos neuropsiquiátricos diagnosticados con mayor frecuencia, siendo su prevalencia entre 2% y 7% a nivel mundial¹ y 10% a nivel nacional (Revista de Psiquiatría de Chile) O sea que se evalúa con otro déficit asociado.

21) ¿Cómo incide el déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia?

u) Negativamente, por deterioro de estas funciones.

22) ¿Es posible hablar de reeducación atencional?

v) Es posible, la reeducación cognitiva, obra por repetición, lectura de palabras, juegos.

23) ¿Se puede aprender a prestar atención?

w) Se puede, es un largo camino de construcción cognitiva. Conexión, repetición, autoconcentración, expresión, lectoescritura.

24) ¿Es posible desarrollar habilidades sociales en individuos con problemas atencionales?

x) Es posible desarrollar habilidades sociales en individuos con problemas atencionales

Ej.; mostrar con un espejo la pérdida de un miembro que se siente, pero está representado en el cerebro, Conciencia del miembro fantasma, Se hace progresivamente y lleva a tomar conciencia con el tiempo a recuperar la percepción antes de implantar una prótesis.

25) El olvidar y recordar guarda relación con esta enfermedad en sí, o es el emergente del abandono socio familiar del paciente crónico?

y) Ambas cosas pueden coincidir, La esquizofrenia presente déficit atencional y también puede haber abandono familiar e institucional.

26) ¿La falta de atención se trata de una problemática permanente o fluctuante en estos pacientes?

z) puede ser permanente y fluctuante. Depende del deterioro del paciente-

27) Según Alicia Fernández, intimidad y comunalidad son condiciones para el

Aprendizaje de la atención? ¿Cómo pueden lograrse estas condiciones en la Internación crónica?

son muy importantes la intimidad y comunalidad para el aprendizaje de la atención. En una internación crónica hay que propiciar el ambiente, alfombra, almohadones, técnicas de psicodrama, corpodrama y otros. Tratar de que el ambiente sea cálido, calefaccionado en invierno, ventilado en verano. Y que no entre y salga personal en todo momento.

28) ¿Cómo la falta de atencionalidad repercute en la calidad de vida de los pacientes?

. La falta de atencionalidad repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes. Los cronifica, los entumece y los lleva al olvido social y cultural.

29) ¿Qué estrategias y tratamiento utiliza para abordar esta problemática en la práctica clínica?

- A través de talleres (Del Corazón Mirando al Sur-Boca Barracas). En sesiones individuales de Eutonía. También Grupales. Talleres de la Red Solidaria- Boca Barracas. En pandemia se han organizado talleres virtuales. Inclusive xon mis colegas de la UFLO a través del Centro Universitario a solicitud de la autoridades
- Compilado en mi Libro Introducción a la Psicología Contemporánea que he donado a tan prestigiosa y cálida Institución.

30) Desde su rol profesional, ¿desea agregar algo más respecto a la esquizofrenia y el déficit atencional?

Me he sentido cómodo realizando el cuestionario y dedico a miles de pacientes que padecen esquizofrenia y que representan el 10% de la población mundial, satisfecho porque la mayoría están libres y habrá que trabajar sobre la tolerancia humana, que construye muros, en sus corazones,.

VIII. Lic. En Trabajo Social María Emilia Tortora

1. ¿Cuál es su profesión? ¿Dónde se desempeña? ¿Qué rol cumple?

Soy Licenciada en Trabajo Social y trabajo en el Hospital Moyano con pacientes en general sobre su internación y el proceso de externación, en relación a todas las áreas de relaciones sociales.

2. ¿Cómo define Salud Mental?

La salud mental es algo más que la ausencia de trastornos mentales, es un estado completo de bienestar físico, mental y social en el que la persona puede alcanzar sus objetivos, siendo capaz de hacer frente al estrés de la vida, trabajar y contribuir a su comunidad.

3. Desde su rol profesional ¿Cómo interviene en esta área?

Como trabajadora social actuó desde el rol terapéutico, con una intervención desde el nivel individual al grupal, con objetivos de fomentar la convivencia entre los internos, promover hábitos y habilidades domésticas, fortalecer la relación de los pacientes con su entorno social que se encuentra.

4. ¿Cómo incide el contexto sociocultural en las enfermedades psiquiátricas?

Analizando la influencia de lo sociocultural en los trastornos mentales, se llega a la conclusión de que variables estructurales como la intolerancia social, la marginación, el status social bajo y las malas condiciones del hábitat, dificultan enormemente la rehabilitación psicosocial.

5. ¿La Ley Nacional 26.657 y el proceso de desmanicomio permite superar el aislamiento del paciente contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales o genera nuevas problemáticas?

Esta ley no sólo protege a las personas con padecimiento mental, sino que también están contemplados en su seno los individuos con usos problemáticos de drogas. La ley expresa que las personas con padecimiento mental deben ser atendidas y tratadas en hospitales comunes y no en instituciones psiquiátricas. Al mismo tiempo sostiene como objetivo fundamental la reinversión en la sociedad del paciente psiquiátrico en la sociedad, es decir tiende a disminuir la internación crónica, sin embargo la falta de instituciones intermedias hace que en el mejor de los casos serán contenidos por sus familias y en caso contrario al no poder reinsertarse social y económicamente, el paciente termine en situación de marginalidad o calle.

6. ¿Qué es la esquizofrenia?

En algunas personas con esquizofrenia, se produce una disminución de la función mental (cognitiva), a veces desde el mismo comienzo de la enfermedad. Este deterioro cognitivo conduce a dificultades en la capacidad de atención, de pensamiento abstracto y de resolución de problemas. En algunas personas con esquizofrenia, se produce una disminución de la función mental (cognitiva), a veces desde el mismo comienzo de la enfermedad. Este deterioro cognitivo conduce a dificultades en la capacidad de atención, de pensamiento abstracto y de resolución de problemas. Es una enfermedad que se da por varios factores. Los pacientes que sufren esquizofrenia no sólo exhiben. Presentan diversas alteraciones neuroanatómicas sino, además, alteraciones en la neurotransmisión de diferentes sistemas

7. ¿Qué prevalencia tiene en el Hospital Braulio Moyano?

No tengo el dato estadístico exacto pero ronda el 90%, lo que sí puedo afirmar que es la de mayor prevalencia en cuanto a reinternación y cronicidad.

8. ¿Qué perspectiva de alta o egreso tienen los pacientes?

Lamentablemente, la perspectiva de egreso es muy baja por la falta de oportunidades en el ámbito social, familiar y laboral. Hay pocos hogares de transición y en un alto grado las familias no pueden hacerse cargo de las dificultades de la externación.

9. ¿Qué es la cronicidad? ¿Cuál es su prevalencia?

La cronicidad es el proceso evolutivo irreversible de una enfermedad mental, su destino biológico, sin embargo, una nueva mirada psiquiátrica sería fundamental para proponer una retirada de estos estados crónicos. Pero esto es complicado dado que la sociedad continúa con una mirada estigmatizante sobre la locura.

Los pacientes esquizofrénicos entran y salen, hasta que no salen más de las salas o terminan en un asilo o algo así, ser un paciente crónico significa morir internado, y acá en el Hospital Moyano hay un 85 % de cronicidad entre las pacientes.

10. ¿Cómo definiría atención y que injerencia tiene en el desarrollo cognitivo y en la integración social de los individuos?

La atención se puede definir como la capacidad de seleccionar y concentrarse en los estímulos relevantes. Es decir, la atención es el proceso cognitivo que nos permite orientarnos hacia los estímulos relevantes y procesarlos para responder en consecuencia.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es un trastorno mental del tipo neurodesarrollo; se inicia en la infancia, continúa en la adolescencia y, en más de la mitad de los casos, persiste en la edad adulta. UN pequeño % de los casos de TDAH no tratados evolucionan favorablemente en la edad adulta.

11. ¿Qué es la atención desde la perspectiva de la salud mental?

de los superfluos, condicionando los procesos mentales en general y los cognitivos en especial. No se puede aprender ni lo más sencillo si no prestamos atención a ello.

12. ¿Por qué es una actividad cerebral compleja?

Porque, poner atención incluye cuatro pasos: Estar consciente, alerta y listo para captar información. Escoger la información a la poner atención. Ignorar distracciones y enfocarse en lo que está haciendo.

13. ¿Cómo puede describir el proceso de prestar atención? ¿Qué lo motiva?

El lóbulo parietal prepara mapas sensoriales para luego orientar la atención, y el lóbulo frontal regula procesos psicológicos, la planificación el control de la atención sostenida y focalizada.

El foco de atención o foco atencional puede dividirse según su dirección: externo (estímulos que proceden del entorno) o interno (estímulos que proceden del propio individuo); y según su amplitud amplio (permite percibir varios estímulos a la vez) o estrecho (el individuo realiza un filtro de los estímulos no deseados).

14. ¿Qué sucede con la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia?

En algunas personas c esquizofrenia se produce una disminución de la función mental (cognitiva) a veces desde el mismo comienzo de la enfermedad . Este deterioro cognitivo conduce a dificultades en la capacidad de atención, de pensamiento abstracto y d resolución de problemas.

15. ¿Existen bases neurológicas y/o psicológicas para el déficit de atención en pacientes con esquizofrenia?

Los déficits cognitivos de la esquizofrenia son severos y afectan especialmente la memoria declarativa verbal, las funciones ejecutivas, la atención sostenida, y la memoria de trabajo. Estas alteraciones se asocian con los déficits del funcionamiento de los pacientes con esquizofrenia del siguiente modo:

-Los déficits de la memoria declarativa y de la capacidad de atención sostenida afectan el funcionamiento social.

-Los déficits de las funciones ejecutivas, de la memoria declarativa, de la memoria de trabajo, y de la atención sostenida afectan el funcionamiento ocupacional.

-Los déficits de las funciones ejecutivas, la memoria declarativa, y la memoria de trabajo afectan la capacidad de vivir independientemente. Estos trastornos cognitivos constituyen un desafío para todos los profesionales involucrados en el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia.

Nos encontramos ante individuos con una severa discapacidad cognitiva la cual afecta su vida y funcionamiento cotidiano de un modo quizás aún más severo que los síntomas de la enfermedad. Por tanto, es necesario adecuar la práctica clínica de acuerdo a estas problemáticas y se trata de un trabajo interdisciplinario para su abordaje.

16. ¿Considera que existe una relación directa entre déficit atencional y cronicidad? Si, No ¿Por qué?

Si, existe una relación fuertemente proporcional entre el déficit atencional y la cronicidad porque, a la atención impedir que la persona capte estímulos, también imposibilita reconocer al otro y así relacionarse socialmente.

17. ¿Puede encuadrarse la esquizofrenia dentro de los trastornos atencionales?

No, en realidad la esquizofrenia no es un trastorno atencional, el trastorno atencional es un síntoma de la esquizofrenia.

18. ¿Cómo describiría el déficit atencional en estos pacientes?

Los síntomas cognitivos incluyen problemas de atención, concentración y memoria. Estos síntomas pueden dificultar el seguimiento de una conversación, aprender cosas nuevas o recordar citas. El nivel de funcionamiento cognitivo de una persona es uno de los mejores predictores de su funcionamiento diario.

19. ¿En este grupo poblacional el deterioro es mayor, menor o igual, cuando nos referimos a atención selectiva?

Es mayor, porque el problema de la atención selectiva es uno de los síntomas más gravitantes de esta enfermedad.

20. ¿En qué espectro esquizofrénico el déficit atencional presenta mayor prevalencia?

En todos.

21. ¿Cómo incide el déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia?

De forma muy negativa ya que la atención incide en la vida en relación del individuo, en los quehaceres diarios como comer o higienizarse, en todo.

22. ¿Es posible hablar de reeducación atencional?

Si se puede hablar de reeducación atencional, de aprender a prestar atención desarrollar habilidades sociales, de esto se trata un tratamiento sin techo

Puede llegar ser sorprendente los resultados, ya q el ser humano se caracteriza por ser un individuo dinámico, amén del cuadro patológico y de enfermedades crónicas, a medida que avance el tratamiento es un nuevo desafío tanto para el paciente como para el profesional o equipo. Hay muchas variables factores q inciden en un tratamiento.

23. ¿Se puede aprender a prestar atención?

Se puede actuar desde la educación sobre los procesos de atención y consciencia de nuestros los pacientes con esquizofrenia. La experiencia en casos puntuales donde la familia se involucra y sobre todo en pacientes jóvenes recurre por fuera del tratamiento tradicional recurre a la consulta psicopedagógica, por fuera de nuestro equipo del Moyano, dado que no se ha integrado esta área de atención, lo que a mi juicio resulta perjudicial.

La intervención desde la psicopedagogía sobre los aprendizajes, favorecería el progreso, dando herramientas resolución de problemas de la vida cotidiana que es donde se produce la inhabilidad social de esta enfermedad. Aprender requiere deseos, motivaciones, recompensas, en definitiva, activación y eficiencia cerebral, aunque cambiar patrones de conducta no es un proceso fácil, la educación permitiría optimizar la atención.

24. ¿Es posible desarrollar habilidades sociales en individuos con problemas atencionales?

Sí, pero es un proceso que requiere de reeducación y de actuar sobre el déficit atencional selectivo como problema de aprendizaje, ese encuadre contribuiría al manejo clínico, psicoterapéutico y social, pero es la pata que nos falta: la psicopedagógica.

25. El olvidar y recordar guarda relación con esta enfermedad en sí, o es el emergente del abandono socio familiar del paciente crónico?

Sabemos que esta enfermedad tiene como síntoma el déficit atencional, pero sin embargo la parte emocional que implica el abandono, repercute en el deseo de recordar y ver lo que nos rodea.

26. ¿La falta de atención se trata de una problemática permanente o fluctuante en estos pacientes?

Ambos.

27. Según Alicia Fernández, intimidad y comunalidad son condiciones para el aprendizaje de la atención? ¿Cómo pueden lograrse estas condiciones en la internación crónica?

La intimidad es el estar con uno y reconocerse y la comunalidad la posibilidad de estar con el otro, eso no se da en el ámbito de la internación crónica.

28. ¿Cómo la falta de atencionalidad repercute en la calidad de vida de los pacientes?

La falta de atencionalidad se traduce en la desmejora de la calidad de vida de los pacientes e induce a la cronicidad.

9. ¿Qué estrategias y tratamiento utiliza para abordar esta problemática en la práctica clínica?

Desde el Trabajo Social, mi función es orientar e informar al sistema familiar acerca de las patologías mentales, cómo manejarlas de forma adecuada sin excluir, aislar, marginar o sin que se produzcan rupturas familiares. En la actualidad somos considerados, no solo como el profesional dispuesto a brindarle atención a la familia y su paciente o al grupo de internados, o coordinando talleres en hogares intermedios, para superar las crisis que generan las enfermedades mentales al interior de éstas, sino que ya estamos llamado a ser el puente que conecta al psiquiatra con el círculo social y familiar del paciente.

30. Desde su rol profesional, ¿desea agregar algo más respecto a la esquizofrenia y el déficit atencional?

Más allá de la ley de salud mental, las políticas públicas en salud mental están lejos de ser en la práctica, lo que establecen las normativas. Considero que deben visibilizarse las

tensiones que signan el día a día del quehacer profesional, al no disponer muchas veces de las salidas necesarias para la externación, hogares de transición, talleres que posibiliten una inserción en mundo laboral y social, acompañamiento a las familias. Y en el caso de los crónicos trabajar para una mejor calidad de vida. Es muy difícil todo.

IX. Lic. En Psicología Eleonora Acerbi

1. ¿Cuál es su profesión? ¿Dónde se desempeña? ¿Qué rol cumple?

Lic. En psicología, rol psicóloga de planta en servicio de largo tratamiento.

2. ¿Cómo define Salud Mental?

La salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la adultez y la vejez.

3. Desde su rol profesional ¿Cómo interviene en esta área?

Desde mi rol intervengo activamente tanto con las usuarias como con las familias mejorando calidad de vida, inserción dentro de la misma y otros campos.

4. ¿Cómo incide el contexto sociocultural en las enfermedades psiquiátricas?

Incide de manera negativa, en algunos casos alejando a las familias y en otros tomando real conciencia de lo que ocurre

5. ¿La Ley Nacional 26.657 y el proceso de desmanicomio permite superar el aislamiento del paciente contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales o genera nuevas problemáticas?

Parcialmente ya que por lo general no se cuenta con los recursos para la correcta rehabilitación y externación por falta de dispositivos acordes a las necesidades

6. ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta.

7. ¿Qué prevalencia tiene en el Hospital Braulio Moyano?

La prevalencia es de un 60% de los ingresos

8. ¿Qué perspectiva de alta o egreso tienen los pacientes?

Alta si cuenta con apoyo familiar e institucional

9. ¿Qué es la cronicidad? ¿Cuál es su prevalencia?

La cronicidad son aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles, su prevalencia es alta

10. ¿Cómo definiría atención y que injerencia tiene en el desarrollo cognitivo y en la integración social de los individuos?

Es la capacidad de seleccionar y concentrarse en los estímulos relevantes. Es decir, la atención es el proceso cognitivo que nos permite orientarnos hacia los estímulos relevantes y procesarlos para responder en consecuencia.

11. ¿Qué es la atención desde la perspectiva de la salud mental?

Se entiende que la atención es una cualidad perceptiva que funciona como filtro de los estímulos sensoriales. La atención permite evaluarlos y priorizar aquellos estímulos que consideren más importantes.

12. ¿Por qué es una actividad cerebral compleja?

Se llama atención dividida a la capacidad del individuo de, frente a una carga de estímulos, repartir sus recursos atencionales para así poder desempeñar una tarea compleja. Atención de preparación: es el proceso de preparación de esquemas internos o respuestas para desempeñar una operación cognitiva

13. ¿Cómo puede describir el proceso de prestar atención? ¿Qué lo motiva?

La primera cualidad de la atención será la selectividad; mediante esta nuestra conciencia puede seleccionar el objeto en el cual se concentrará, así como la información del mismo que quedarán fijados a manera de recuerdo; esta cualidad se halla directamente relacionada con la percepción, puesto que el objeto llegará a nuestra conciencia mediatizado lingüísticamente; por lo cual quedará integrado en nuestra conciencia en sus cualidades fundamentales, determinadas por el interés subjetivo. En cuanto a la selección del objeto, es importante mencionar que la misma está determinada por el interés del sujeto en función de su necesidad y actividad, y es controlado por el lenguaje: los seres humanos podemos seleccionar como objetos de atención, fenómenos cuyas cualidades no son necesariamente las más intensas.

14. ¿Qué sucede con la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia?

La misma disminuye o se altera

15. ¿Existen bases neurológicas y/o psicológicas para el déficit de atención en pacientes con esquizofrenia?

Si, existen. En cuanto a la esquizofrenia, las causas son también desconocidas, pero algunos factores que llevan a desarrollarla en un alto grado son: Causas genéticas: la esquizofrenia se puede heredar de acuerdo a ciertas combinaciones de genes. Existen diferencias sutiles en la estructura del cerebro de las personas que no sufren de esquizofrenia.

Problemas durante el nacimiento: complicaciones durante el parto tales como bajo peso, carencia de oxígeno o parto prematuro también son indicadores de una posible esquizofrenia en la edad adulta. ¿Considera que existe una relación directa entre déficit atencional y cronicidad? Si, No ¿Por qué?

Si ya que abunda la falta de estimulación y la perdida y/o deterioro

16. ¿Puede encuadrarse la esquizofrenia dentro de los trastornos atencionales?

No, es trastorno atencional es uno de tantos deterioros que presentar presenta la esquizofrenia

17. ¿Cómo describiría el déficit atencional en estos pacientes?

En general es moderado a grave

18. ¿En este grupo poblacional el deterioro es mayor, menor o igual, cuando nos referimos a atención selectiva?

Depende el caso, puede ser igual o mayor

19. ¿En qué espectro esquizofrénico el déficit atencional presenta mayor prevalencia?

En la esquizofrenia residual.

20. ¿Cómo incide el déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia?

Incide de manera considerable en cada aspecto de la vida diaria

21. ¿Es posible hablar de reeducación atencional?

Rehabilitación atencional

22. ¿Se puede aprender a prestar atención?

Se pueden trabajar técnicas que ayuden a desarrollar la atención

23. ¿Es posible desarrollar habilidades sociales en individuos con problemas atencionales?

si

24. El olvidar y recordar guarda relación con esta enfermedad en sí, o es el emergente del abandono socio familiar del paciente crónico?

Relación con la enfermedad

25. ¿La falta de atención se trata de una problemática permanente o fluctuante en estos pacientes?

Depende del tipo de deterioro y patología que presenta la usuaria

26. Según Alicia Fernández, intimidad y comunalidad son condiciones para el aprendizaje de la atención? ¿Cómo pueden lograrse estas condiciones en la internación crónica?

Según Alicia Fernández para que se produzca el aprendizaje, es necesaria la presencia y la diferencia entre tres instancias: aprendiente-enseñante- conocimiento.

En la internación crónica pueden lograrse con psicoeducación.

27. ¿Cómo la falta de atencionalidad repercute en la calidad de vida de los pacientes?

Provoca pérdidas en múltiples áreas, como la adaptación al entorno académico, las relaciones interpersonales y el rendimiento cotidiano

28. ¿Qué estrategias y tratamiento utiliza para abordar esta problemática en la práctica clínica?

La rehabilitación neurocognitiva y talleres

29. Desde su rol profesional, ¿desea agregar algo más respecto a la esquizofrenia y el déficit atencional?

No siempre puede ofrecerse este tipo de tratamientos por falta de recursos tanto humano a nivel de conocimiento y económico por los materiales necesarios.

X. Médica Psiquiatra Mariana Núñez

1. ¿Cuál es su profesión? ¿Dónde se desempeña? ¿Qué rol cumple?

Soy médica Psiquiatra. Trabajo en el equipo interdisciplinario del Hospital Braulio Moyano, en gerontología y crónicas.

2. ¿Cómo define Salud Mental?

La salud no es solamente la ausencia de enfermedades sino la resultante de un complejo proceso donde interactúan factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales en la generación de las condiciones que permiten el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, entendiendo al hombre como un ser individual y social. En cuanto al tema de salud mental, presenta gran polémica respecto a su conceptualización. En psiquiatría se considera la salud mental al estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades. Se habla de salud mental en los ámbitos clínicos, sociales, cultural. ¿Cuál es el límite entre cordura y locura?

3. Desde su rol profesional ¿Cómo interviene en esta área?

Los psiquiatras evalúan, diagnostican y tratan a pacientes con problemas de salud mental. Éstos pueden tomar muchas formas, incluyendo depresión, trastornos alimentarios, ataques de pánico y ansiedad, abuso de drogas y alcohol, fobias y esquizofrenia. Yo intervengo liderando el equipo interdisciplinario, una vez hecha la evaluación del paciente , se establece la medicación y consensua el tratamiento con los otros profesionales y con la familia si es que esta está en contacto con la paciente.

4. ¿Cómo incide el contexto sociocultural en las enfermedades psiquiátricas?

Muchísimo porque estigmatiza y juzga.

5. ¿La Ley Nacional 26.657 y el proceso de desmanicomio permite superar el aislamiento del paciente contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales o genera nuevas problemáticas?

Como norma teórica es buena, pero en la práctica no se alcanzan los objetivos planteados, dado que no se cuenta con espacios de transición entre la internación y el afuera. En el Moyano hay mujeres con grandes dificultades para ser externadas por problemas sociales, familiares y habitacionales. La sala es su lugar de pertenencia, pero a la vez despersonaliza, no hay intimidad ni comunidad.

6. ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con esquizofrenia pueden parecer como si hubieran perdido el contacto con la realidad, lo que puede ser angustiante para ellas, sus familiares y amigos. Se trata de una enfermedad con base genética que deforma y evoluciona de acuerdo a variables contextuales.

7. ¿Qué prevalencia tiene en el Hospital Braulio Moyano?

85%.

8. ¿Qué perspectiva de alta o egreso tienen los pacientes?

En el contexto hospitalario tradicional, muy baja. Entrar acá y no salir.

9. ¿Qué es la cronicidad? ¿Cuál es su prevalencia?

La cronicidad es el proceso evolutivo irreversible de una enfermedad mental, su destino biológico, esto es central, la mirada psiquiátrica en términos de la psiquiatría clásica, es retirada de estos estados crónicos, sin embargo una perspectiva más actual nos lleva a trabajar en todos los casos, no descartar al crónico. En nuestro hospital alrededor del 90%.

10. ¿Cómo definiría atención y qué injerencia tiene en el desarrollo cognitivo y en la integración social de los individuos?

La atención se puede definir como la capacidad de seleccionar y concentrarse en los estímulos relevantes, es decir, la atención es el proceso cognitivo que nos permite orientarnos hacia los estímulos relevantes y procesarlos para responder en consecuencia. Cabe destacar que la atención no es un proceso unitario, sino que existen distintos tipos de atención. Como se puede intuir por la propia definición de atención, esta capacidad cognitiva es de gran importancia, pues la usamos a diario. Afortunadamente, podemos mejorar la atención con un plan adecuado de entrenamiento cognitivo.

La atención es una capacidad que nos sirve para crear, guiar y mantener nuestro cerebro activo de manera que podamos procesar correctamente la información.

11. ¿Qué es la atención desde la perspectiva de la salud mental?

Es uno de los factores mentales cuya conservación o estado de deterioro condiciona la evolución de una enfermedad mental.

12. ¿Por qué es una actividad cerebral compleja?

Porque involucra al SNC. Si tenemos en cuenta las bases neuroanatómicas podemos describir tres sistemas diferentes de atención:

-Sistema Activador Reticular Ascendente (SARA) o Red de Alerta: Este sistema se encarga principalmente de regular el Arousal y de la Atención sostenida. Se encuentra en estrecha relación con la formación reticular y algunas de sus conexiones, como las áreas frontales, las estructuras límbicas, el tálamo y los ganglios basales.

-Sistema Atencional Posterior (SAP) o Red de Orientación: Este sistema se encarga de la Atención Focalizada y de la Atención Selectiva de estímulos visuales. Las áreas cerebrales relacionadas con este sistema son la corteza parietal posterior, el núcleo pulvinar lateral del tálamo y el folículo superior.

-Sistema Atencional Anterior (SAA) o Red de Ejecución: Este sistema se hace cargo de la Atención Selectiva, de la Atención Sostenida y de la Atención Dividida. Está relacionado con la corteza prefrontal dorsolateral, con la corteza orbitofrontal, con la corteza cingulada anterior, con el área motora suplementaria y con el neocórtex (núcleo caudado).

13. ¿Cómo puede describir el proceso de prestar atención? ¿Qué lo motiva?

-Estimulo

-Identificación

-Selección

-Comprensión

-Aprehensión

-Acción o respuesta

CRITERIO	TIPOS DE ATENCIÓN
Mecanismos implicados	Selectiva-dividida-sostenida
Objeto al que va dirigida la atención	Externa-interna
Modalidad sensorial implicada	Visual-auditiva
Amplitud e intensidad con la que se atiende	Global-selectiva
Amplitud y control que se ejerce	Controlada-automática
Manifestaciones de los procesos	Manifiesta-encubierta
Grado de control voluntario	Voluntaria-involuntaria
Grado de procesamiento de la información no atendida	Consciente-inconsciente

14. ¿Qué sucede con la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia?

Se deteriora progresivamente, influyendo los síntomas alucinatorios y también la medicación.

15. ¿Existen bases neurológicas y/o psicológicas para el déficit de atención en pacientes con esquizofrenia?

En algunas personas con esquizofrenia, se produce una disminución de la función mental cognitiva, a veces desde el mismo comienzo de la enfermedad. Este deterioro cognitivo conduce a dificultades en la capacidad de atención, y a la inversa el síntoma negativo que inhibe la posibilidad de clasificar estímulos relevantes de irrelevantes es causal de las limitantes cognitivas, imposibilitando el desarrollo del pensamiento abstracto y de resolución de problemas. ¿Cómo puede prestar atención un individuo que cursa alucinaciones? ¿Cómo puede clasificar estímulos si no puede diferenciar lo real de lo que no lo es?

16. ¿Considera que existe una relación directa entre déficit atencional y cronicidad? Si, No
¿Por qué?

En nuestra vida cotidiana empleamos constantemente la atención. Desde que nos levantamos hasta que volvemos a dormirnos, nos valemos de los diferentes tipos de atención para ser eficaces. La falta de atención puede llevarnos a que confundamos y tiremos la cuchara a la basura y olvidemos si comimos o no.

Para evitar esto, para leer un libro, ver una película, hacer la comida, asearnos o quedar con nuestros amigos, necesitamos la atención. A qué quiero llegar, a que si la capacidad atencional esta disminuida o es nula, no puedo sostener una vida cotidiana fuera del hospital o de un hogar. La paciente sale y reingresa sucesivamente y se vuelve una crónica y la atención deficitaria es una de las causas de mayor peso.

17. ¿Puede encuadrarse la esquizofrenia dentro de los trastornos atencionales?

No, el trastorno atencional es un síntoma más de la enfermedad, muy prevalente pero no el dominante.

18. ¿Cómo describiría el déficit atencional en estos pacientes?

Inhibitorio de su desarrollo cognitivo.

19. ¿En este grupo poblacional el deterioro es mayor, menor o igual, cuando nos referimos a atención selectiva?

La atención selectiva permite al perceptor procesar estímulos relevantes mientras y suprime el procesamiento de estímulos irrelevantes, para la tarea que pueden aparecer simultáneamente en el campo visual junto a los relevantes. En esta población de pacientes el déficit como síntoma atencional es fundamentalmente selectivo.

20. ¿En qué espectro esquizofrénico el déficit atencional presenta mayor prevalencia?

La esquizofrenia es una enfermedad heterogénea que clásicamente se ha clasificado en cinco tipos: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual.

La forma catatónica y la desorganizada presenta el mayor déficit atencional.

21. ¿Cómo incide el déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia?

Como ya lo mencione antes, actúa sobre el día a día.

22. ¿Es posible hablar de reeducación atencional?

Todas las habilidades cognitivas, incluidas la atención, pueden ser entrenadas para mejorar su rendimiento, pero para lograrlo debieran integrarse al equipo interdisciplinario profesionales del área de la psicopedagogía que intervengan en los problemas de aprendizajes que surgen como consecuencia de la afectación de la atención.

La plasticidad cerebral es la base de la rehabilitación de la atención y de las demás capacidades cognitivas. El cerebro y sus conexiones neuronales se fortalecen con el uso de las funciones que dependen de éstos. De modo que, si ejercitamos frecuentemente la atención, las conexiones cerebrales de las estructuras implicadas en esta capacidad se fortalecerán.

23. ¿Se puede aprender a prestar atención?

Si, es imprescindible llevar a cabo un entrenamiento constante y apropiado para mejorar la atención. Acá este aspecto es abordado en conjunto pero fundamentalmente por los profesionales del área de psicología y enfermería, sin embargo desde mi rol de coordinadora vengo demandando hace rato la incorporación de psicopedagogos para trabajar en el reaprendizaje y entrenamiento de habilidades sociales, sin embargo aún no logre su incorporación por temas burocráticos y de política.

24. ¿Es posible desarrollar habilidades sociales en individuos con problemas atencionales?

Nada es imposible, pero sí muy difícil si no se educan constantemente estas habilidades.

25. El olvidar y recordar guarda relación con esta enfermedad en sí, o es el emergente del abandono sociofamiliar del paciente crónico?

Acá me salgo de mi rol de médica y desde lo humano te digo que, conociendo las historias de vida de muchas de nuestras crónicas, puedo decir que a veces hay cosas que mejor olvidar.

26. ¿La falta de atención se trata de una problemática permanente o fluctuante en estos pacientes?

En una primera etapa fluctuante, cuando se llega a la cronicidad se hace permanente.

27. Según Alicia Fernández, intimidad y comunalidad son condiciones para el aprendizaje de la atención? ¿Cómo pueden lograrse estas condiciones en la internación crónica?

En un mundo ideal tendríamos como dice Fernández, intimidad y comunalidad, no en un manicomio.

28. ¿Cómo la falta de atencionalidad repercute en la calidad de vida de los pacientes?

Contribuye a su deterioro y aislamiento progresivo.

29.¿Qué estrategias y tratamiento utiliza para abordar esta problemática en la práctica clínica?

Por un lado está el tratamiento farmacológico, los fármacos actualmente disponibles son seguros y eficaces para el paciente. La eficacia, ampliamente demostrada a lo largo de los últimos cincuenta años, se centra en dos puntos: el primero, es la remisión de los síntomas psicóticos durante la fase aguda; el segundo es la prevención de nuevas recaídas. Por ello, una parte importante del trabajo que deben realizar junto con la familia y el equipo asistencial consiste en asegurar una adecuada adherencia terapéutica, así como persuadir al paciente de la necesidad de seguir con el tratamiento, a pesar de que los síntomas remitan.

Por otro lado, actuamos desde la psicoterapia y los tratamientos psicosociales. Se pueden diferenciar dos tipos de intervenciones psicológicas: las individuales (un terapeuta y un paciente) y las grupales (un terapeuta y varios pacientes). También se pueden distinguir por las técnicas u objetivos que se proponen. Los tratamientos psicosociales pueden ser llevados a cabo por

distintos profesionales de las ciencias de la salud, en el Moyano se trabaja con psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y asistentes sociales (nos falta psicopedagogas/os). Entre las modalidades de tratamientos psicosociales se incluyen:

- Psicoeducación
- Terapia familiar
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Rehabilitación vocacional
- Terapias cognitivo-conductuales
- Rehabilitación cognitiva

Las técnicas psicosociales actuales son un complemento y no una alternativa a la terapia farmacológica. Es decir, forman parte de la terapia integral de la esquizofrenia y deben combinarse con el tratamiento farmacológico, que es el eje vertebrador de todo el tratamiento.

El tratamiento para cada paciente con esquizofrenia sigue un plan individualizado que incluye una terapia integral con una pauta farmacológica óptima junto a intervenciones psicológicas y de rehabilitación psicosocial.

30. Desde su rol profesional, ¿desea agregar algo más respecto a la esquizofrenia y el déficit atencional?

Creo que ya dije todo lo que se.

XI. Médico Psiquiatra Alberto H. Andreu

10. ¿Cuál es su profesión? ¿Dónde se desempeña? ¿Qué rol cumple?

Médico Psiquiatra.

11. ¿Cómo define Salud Mental?

Según la OMS define la salud mental como «un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad. Agregaría qué es un concepto atravesado por el momento histórico y cultural y por sobre la mirada que el cuerpo social tiene sobre los enfermos mentales.

12. Desde su rol profesional ¿Cómo interviene en esta área?

Desde lo terapéutico en la intervención clínica y el tratamiento integral de las pacientes con esquizofrenia.

13. ¿Cómo incide el contexto sociocultural en las enfermedades psiquiátricas?

Tengo la convicción de que las condiciones materiales de existencia, a la luz del modelo de vulnerabilidad, no sólo se constituyen como variables moduladoras o variables de riesgo, sino también como fuente de estrés, por lo que doblemente están implicadas en el entramado explicativo de los trastornos mentales. Al mismo tiempo, las variables socioestructurales como la intolerancia social, la marginación, el status social bajo y las malas condiciones del hábitat, dificultan enormemente la rehabilitación psicosocial y por ende, hipotecan el presente y el futuro del paciente.

14. ¿La Ley Nacional 26.657 y el proceso de desmanicomialización permite superar el aislamiento del paciente contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales o genera nuevas problemáticas?

Es una buena Ley, sobre todo para los derechos de las y los pacientes, No la conocen todos y tampoco no tiene el presupuesto para los dispositivos necesarios que permitan implementar la integración en condición plena del enfermo de salud mental, que en muchos casos sin la compañía de su contexto familiar, en muchos casos fuera de la internación se mueven en un ámbito de marginalidad.

15. ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es un trastorno mental grave por el cual las personas interpretan la realidad de manera anormal. La esquizofrenia puede provocar una combinación de alucinaciones, delirios y trastornos graves en el pensamiento y el comportamiento, que afecta el funcionamiento diario y puede ser incapacitante. Dice la OMS, máxima autoridad mundial de la salud, que la esquizofrenia se caracteriza por «una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta». Y cita entonces algunos ejemplos de experiencias comunes, como oír voces y los delirios.

16. ¿Qué prevalencia tiene en el Hospital Braulio Moyano?

75% Esquizofrenia 15% trastorno Bipolar 10% Otras

17. ¿Qué perspectiva de alta o egreso tienen los pacientes?

Poca. Las mandan a Hogares en peores condiciones que el Moyano. Algunas se recuperan con actividades alternativas (granja, trabajo corporal, musicoterapia, rehabilitación, talleres, pero la integración social en el caso de los internados, en mi experiencia es ínfima, porque se producen nuevas crisis e ingresos y se cae en la cronicidad, porque no logran desarrollar, aprender y sostener habilidades sociales que le permitan incorporarse a la vida social, y aquí veo lo interesante de tu investigación, porque el síntoma desatencional es lo que inhibe estas habilidades e incapacita la vida social de los pacientes. Es una deuda del abordaje terapéutico.

9) ¿Qué es la cronicidad? ¿Cuál es su prevalencia?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera las enfermedades crónicas como, aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles.

En el Moyano es vivir y morir en internación o un asilo. Hay una paciente que murió a los 101 años. La prevalencia en el Moyano de cronicidad en esquizofrenia ronda el 85%.

11) ¿Cómo definiría atención y que injerencia tiene en el desarrollo cognitivo y en la integración social de los individuos?

La atención es una capacidad cognitiva que permite atender tanto a los estímulos ambientales como a los estados internos de cada uno, siendo un gran número los estímulos y eventos que solicitan nuestros recursos atencionales al mismo tiempo.

La atención y la memoria son procesos paralelos. Memoria a corto y a largo plazo. El déficit cognitivo altera la integración en la esquizofrenia, la imposibilidad de distinguir los estímulos relevantes de los irrelevantes constituye el déficit atencional e impide construir aprendizajes que se sostengan en el tiempo mediante la memoria.

12) ¿Qué es la atención desde la perspectiva de la salud mental?

La atención es la capacidad del psiquismo de concentrarse en un objeto o actividad determinada. Es una función de foco o polarización sobre un objetivo. La atención puede ser de tres tipos: reactiva, espontánea o provocada. También podemos designar, a las dos primeras, como atención involuntaria y, a la segunda, como atención voluntaria. La atención está ligada al alerta psíquico, que es una disposición del individuo para captar los estímulos provenientes tanto del medio como de su interioridad. El alerta depende de factores neurobiológicos y de la capacidad personal de concentración (Beta)

12) ¿Por qué es una actividad cerebral compleja?

La atención, esa gran capacidad que nos permite dirigir nuestros pensamientos y actos hacia donde queremos.

En líneas generales se puede entender que las modalidades atencionales más "básicas", se relacionan con regiones más profundas del cerebro, y las que requieren mayor grado de acción voluntaria, tienen más relación con el funcionamiento cortical. Esto hace que el procesamiento de la atención implique a múltiples estructuras neuroanatómicas que van desde el tronco encefálico, el cerebelo, estructuras subcorticales a regiones asociativas de la corteza cerebral.

Entre las estructuras implicadas en el proceso atencional se destacan:

-Formación Reticular: Se asocia con el mantenimiento de un estado de alerta con lo cual el cerebro está disponible para recibir información

-Tálamo: Selecciona la información para que luego sea procesada

-Ganglios Basales: Es un interfaz atencional que une la formación reticular, la corteza cerebral y el sistema límbico

-Lóbulo parietal y frontal: La información del tálamo y de los ganglios basales llega a estas zonas para ser adecuadamente procesada. El lóbulo parietal prepara mapas sensoriales para luego orientar la atención, y el lóbulo frontal regula procesos psicológicos, la planificación el control de la atención sostenida y focalizada.

Esto es sólo una breve explicación para tener una idea base de su funcionamiento, porque la red atencional implica una complejidad enorme, y seguramente sea por la función tan importante que tiene en nuestras vidas constantemente en el día a día.

13) ¿Cómo puede describir el proceso de prestar atención? ¿Qué lo motiva?

Concentrarse en un objeto, internalizarlo e interactuar. Está motivado por la repetición y adquisición de experiencia, podría agregar que la atención puede aprenderse, si, aprender a prestar atención. Sería muy bueno implementarlo, pero el Moyano en especial y las instituciones de salud mental el general están al borde de la saturación y trabajando sobre urgencia y crisis y aunque cuesta decirlo el paciente no recibe atención en esta área.

14) Qué sucede con la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia?

En la esquizofrenia se produce una disminución de la función mental (cognitiva), a veces desde el mismo comienzo de la enfermedad. Este deterioro cognitivo conduce a dificultades en la capacidad de atención, de pensamiento abstracto y de resolución de problemas.

El deterioro atencional se debe a que no hay autoestímulo ni demasiado estímulo exterior. Hastío, abulia, aburrimiento, y destrato institucional. No se les llama por su nombre, son un número, y ese anonimato contribuye a anular su identidad, su autodefinición, donde se forma parte de una masa abúlica.

15) ¿Existen bases neurológicas y/o psicológicas para el déficit de atención en pacientes con esquizofrenia?

Coexisten ambas, falla la zona amigdalina y los circuitos neuronales, déficit de serotonina. Psicológicamente, algunos sostienen que conviene no tratarlas, no remover demasiado su pasado, porque les altera, otros apuntan a un tratamiento conjunto entre psicólogo y psiquiatra, más aún interdisciplinario.

16) ¿Considera que existe una relación directa entre déficit atencional y cronicidad?

Si, No? Por qué

Si. La demencia es un camino que puede tomar la esquizofrenia, la denominan vesánica y puede llevar a la muerte. Al no prestar atención en forma sostenida, los aprendizajes son limitados y por lo tanto el destino es la cronicidad, ya que no logran, en los casos agudos alcanzar desempeños básicos, como conductas de higiene alimentarias , etc.

17)¿Puede encuadrarse la esquizofrenia dentro de los trastornos atencionales?

Así es. Fallan los caminos de la atención, es uno de los signos negativos de la enfermedad.

18)¿Cómo describiría el déficit atencional en estos pacientes?

En algunas personas con esquizofrenia, se produce una disminución de la función mental (cognitiva), a veces desde el mismo comienzo de la enfermedad. Este deterioro cognitivo conduce a dificultades en la capacidad de atención, de pensamiento abstracto y de resolución de problemas.

He observado como médico, que en el caso de los esquizofrénicos, se han reportado casos de TDAH tempranos en quienes padecen este trastorno mental. Esto significa que muchos esquizofrénicos han desarrollado TDAH durante la niñez, lo que no implica que suceda en todos los casos, pero es una alerta para una atención temprana de la enfermedad.

19) ¿En este grupo poblacional el deterioro es mayor, menor o igual, cuando nos referimos a atención selectiva?

Es mayor, ya que la atención selectiva requiere mayor concentración, que en este caso está muy deteriorada.

20) ¿En qué espectro esquizofrénico el déficit atencional presenta mayor

Prevalencia?

Según el DSM-V, el trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) es clasificado como un trastorno del desarrollo neurológico, caracterizado por un patrón persistente de inatención, hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo o ambos, y puede presentarse de las siguientes formas: Presentación combinada (con síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad), presentación predominante con falta de atención y presentación predominante hiperactividad/impulsividad. Este trastorno se asocia frecuentemente a dificultades en el aprendizaje escolar y a problemas de adaptación en niños y adolescentes, y a consumo de sustancias psicotrópicas, consumo abusivo de alcohol y conductas de riesgo en adultos. Como ya lo exprese, entre los antecedentes de pacientes esquizofrénicos jóvenes, en sus historias aparece con frecuencia TDH.

21) ¿Cómo incide el déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia?

La atención es un concepto multidimensional que abarca los procesos de detección de estímulos, la capacidad de atender selectivamente a un estímulo, y la capacidad de sostener la atención durante un periodo prolongado de tiempo en circunstancias de baja frecuencia de estimulación. Las pruebas de rendimiento continuo, la prueba de 'digit span distraction', y algunos métodos psicofisiológicos, permiten evidenciar, que las anormalidades de la atención en la esquizofrenia existen antes, durante y después de los episodios psicóticos. Los déficits de la atención persisten pese a que la medicación antipsicótica los atenúa. Del mismo modo, estudiando los trastornos atencionales de los hijos de padres con esquizofrenia se ha establecido que aquellos cuya atención es anormal tienen un riesgo significativamente más alto de enfermar de esquizofrenia comparado con aquellos hijos de padres con esquizofrenia que no presentan dichas anormalidades de la atención.

Desde un punto de vista psicofisiológico, los pacientes con esquizofrenia presentan dos anormalidades de la atención. En primer lugar, presentan un déficit en la habituación del reflejo de orientación a estímulos nuevos. En segundo lugar, estos pacientes también presentan una falla en la atenuación del reflejo de orientación pese a haber sido (Implícitamente) alertados de que van a ser estimulados, un proceso que se conoce como déficit de la 'pre-pulse inhibición' (PPI). Ha sido sugerido que estos déficit del procesamiento atencional dejarían al paciente a merced de una experiencia del mundo como amenazante y abrumador, lo que a su vez podría llevar al desarrollo de alucinaciones y delirios. Sea esto último el caso o no, es fácil estimar el impacto que tendrán las dificultades para atender y concentrarse, sea esto en un contexto social, educacional u ocupacional. Dicho efecto será aún mayor si las dificultades de la atención coexisten con las anomalías de la memoria declarativa verbal y de las funciones ejecutivas.

22) ¿Es posible hablar de reeducación atencional?

v) Es posible, la reeducación cognitiva, obra por repetición, lectura de palabras, juegos. Acá en nuestro tratamiento debiera incorporarse al sistema de atención interdisciplinario el área psicopedagógica, para actuar en la reeducación de aprendizajes.

23) ¿Se puede aprender a prestar atención?

Si se puede, es un largo camino de construcción cognitiva. Conexión, repetición, autoconcentración, expresión, lectoescritura, allí sería fundamental la presencia de psicopedagogos.

24)¿Es posible desarrollar habilidades sociales en individuos con problemas atencionales?

Sí, de hecho la población externa, en un gran porcentaje lo hace.

26) El olvidar y recordar guarda relación con esta enfermedad en sí, o es el emergente del abandono socio familiar del paciente crónico?

Ambas, La esquizofrenia presente déficit atencional y también puede haber abandono familiar e institucional.

26)¿La falta de atención se trata de una problemática permanente o fluctuante en estos pacientes?

Ambas, en los crónicos permanente y en los otros fluctuante.

27) Según Alicia Fernández, intimidad y comunalidad son condiciones para el aprendizaje de la atención? ¿Cómo pueden lograrse estas condiciones en la Internación crónica?

La intimidad y comunalidad para el aprendizaje de la atención. En una internación crónica hay que propiciar el ambiente, alfombra, almohadones, técnicas de psicodrama, corpodrama y otros. Tratar de que el ambiente sea cálido, calefaccionado en invierno, ventilado en verano. Y que no entre y salga personal en todo momento. Lamentablemente en el Moyano no sucede y esto agudiza más el síntoma de déficit atencional y la desconexión del paciente de la realidad, al mismo tiempo que no contamos en el equipo interdisciplinario con profesionales de psicopedagogía que pudieran intervenir con mayor idoneidad.

28)¿Cómo la falta de atencionalidad repercute en la calidad de vida de los pacientes?

. La falta de atencionalidad repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes. Los cronifica, los entumece y los lleva al olvido social y cultural.

29)¿Qué estrategias y tratamiento utiliza para abordar esta problemática en la práctica clínica?

Tratamiento individual, talleres , psicodrama, etc.

30) Desde su rol profesional, ¿desea agregar algo más respecto a la esquizofrenia y el déficit atencional?

Me he sentido cómodo realizando el cuestionario y creo que poner en foco los problemas de las personas que padecen esquizofrenia y que representan el 10% de la población mundial es de suma relevancia y creo que se debe repensar los equipos interdisciplinarios incorporando a la labor a psicopedagogos, dado que contribuirían de forma fundamental al tratamiento del problema atencional.

XII. Médico Psiquiatra Marcelo Juan Recio

1. ¿Cuál es su profesión? ¿Dónde se desempeña? ¿Qué rol cumple?

Soy Médico Psiquiatra y trabajo en el equipo interdisciplinario de atención externa e interna del Hospital Moyano.

2. ¿Cómo define Salud Mental?

La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad.

3. Desde su rol profesional ¿Cómo interviene en esta área?

Evalúo al paciente a su ingreso, diagnóstico y tratan a pacientes con problemas de salud mental.

4. ¿Cómo incide el contexto sociocultural en las enfermedades psiquiátricas?

Si, las enfermedades mentales, los enfermos mentales, más allá de las bases genéticas son el emergente, la válvula de escape de una sociedad enferma.

5. ¿La Ley Nacional 26.657 y el proceso de desmanicomio permite superar el aislamiento del paciente contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales o genera nuevas problemáticas?

Por un lado cumple el rol de preservar los derechos del enfermo mental y por otro lo deja libre a su decisión en plena vulnerabilidad.

6. ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con esquizofrenia pueden parecer como si hubieran perdido el contacto con la realidad, lo que puede ser angustiante para ellas, sus familiares y amigos. Se trata de una enfermedad con base genética que detona y evoluciona de acuerdo a variables sociofamiliares.

7. ¿Qué prevalencia tiene en el Hospital Braulio Moyano?

Muy alta, un 80 , 85 %

8. ¿Qué perspectiva de alta o egreso tienen los pacientes?

Mínima

9. ¿Qué es la cronicidad? ¿Cuál es su prevalencia?

Es la permanencia de una patología en el tiempo sin evolución favorable, en un cuadro estacionario. Aquí, un 90%.

10. ¿Cómo definiría atención y que injerencia tiene en el desarrollo cognitivo y en la integración social de los individuos?

La atención es la capacidad de seleccionar y concentrarse en los estímulos relevantes, es decir, la atención es el proceso cognitivo que nos permite orientarnos hacia los estímulos relevantes y procesarlos para responder en consecuencia. La atención es una capacidad que nos sirve para crear, guiar y mantener nuestro cerebro activo de manera que podamos procesar correctamente la información.

11. ¿Qué es la atención desde la perspectiva de la salud mental? Es un factor limitante de una posible evolución favorable si es deficitaria y si se trabaja en reeducarla un factor de evolución positiva.

12. ¿Por qué es una actividad cerebral compleja?

Porque involucra al SNC.

-Sistema Activador Reticular Ascendente (SARA) o Red de Alerta: Este sistema se encarga principalmente de regular el Arousal y de la Atención sostenida. Se encuentra en estrecha relación con la formación reticular y algunas de sus conexiones, como las áreas frontales, las estructuras límbicas, el tálamo y los ganglios basales.

-Sistema Atencional Posterior (SAP) o Red de Orientación: Este sistema se encarga de la Atención Focalizada y de la Atención Selectiva de estímulos visuales. Las áreas cerebrales relacionadas con este sistema son la corteza parietal posterior, el núcleo pulvinar lateral del tálamo y el folículo superior.

-Sistema Atencional Anterior (SAA) o Red de Ejecución: Este sistema se hace cargo de la Atención Selectiva, de la Atención Sostenida y de la Atención Dividida. Está relacionado con la corteza prefrontal dorsolateral, con la corteza orbitofrontal, con la corteza cingulada anterior, con el área motora suplementaria y con el neocórtex (núcleo caudado).

13. ¿Cómo puede describir el proceso de prestar atención? ¿Qué lo motiva?

Lo motiva un estímulo, que desencadena la observación, selección , clasificación y acción en consecuencia.

14. ¿Qué sucede con la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia?

El déficit atencional selectivo es uno de sus síntomas y es altamente inhabilitante.

15. ¿Existen bases neurológicas y/o psicológicas para el déficit de atención en pacientes con esquizofrenia?

En las personas con esquizofrenia, se produce una disminución de la función mental cognitiva, a veces desde el mismo comienzo de la enfermedad. El mencionado deterioro cognitivo conduce a dificultades en la capacidad de atención, y a la inversa el síntoma negativo que inhibe la posibilidad de clasificar estímulos relevantes de irrelevantes es causal de las limitantes cognitivas, imposibilitando el desarrollo del pensamiento abstracto y de resolución de problemas.

16. ¿Considera que existe una relación directa entre déficit atencional y cronicidad? Si, No
¿Por qué?

Si, porque actúa sobre el aprendizaje en general, es decir desde saber higienizarse hasta como saber comunicarse con los demás.

17. ¿Puede encuadrarse la esquizofrenia dentro de los trastornos atencionales?

No, el deterioro atencional es síntoma.

18. ¿Cómo describiría el déficit atencional en estos pacientes?

Inhabilitante social y cognitivo.

19. ¿En este grupo poblacional el deterioro es mayor, menor o igual, cuando nos referimos a atención selectiva?

Mayor.

20. ¿En qué espectro esquizofrénico el déficit atencional presenta mayor prevalencia?

En el catatónico.

21. ¿Cómo incide el déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia?

En un grado muy alto.

22. ¿Es posible hablar de reeducación atencional?
Si, dado que la propiedad del cerebro es la plasticidad y toda reeducación puede moldear la atención como cualquier otro proceso mental.
23. ¿Se puede aprender a prestar atención?
Si, con un entrenamiento constante y apropiado para mejorar la atención.
24. ¿Es posible desarrollar habilidades sociales en individuos con problemas atencionales?
Es complicado, pero hay que trabajar sobre esta problemática.
25. El olvidar y recordar guarda relación con esta enfermedad en sí, o es el emergente del abandono sociofamiliar del paciente crónico?
Ambas situaciones lo determinan.
26. ¿La falta de atención se trata de una problemática permanente o fluctuante en estos pacientes?
Con el tiempo se vuelve permanente.
27. Según Alicia Fernández, intimidad y comunalidad son condiciones para el aprendizaje de la atención? ¿Cómo pueden lograrse estas condiciones en la internación crónica?
No.
28. ¿Cómo la falta de atencionalidad repercute en la calidad de vida de los pacientes?
La condiciona en gran medida.
29. ¿Qué estrategias y tratamiento utiliza para abordar esta problemática en la práctica clínica? Tratamiento farmacológico, psicoterapia, talleres .
30. Desde su rol profesional, ¿desea agregar algo más respecto a la esquizofrenia y el déficit atencional? No, gracias.

XIII.

1. ¿Cuál es su profesión? ¿Dónde se desempeña? ¿Qué rol cumple?

Soy Licenciado en Enfermería. Me desempeñé 30 años en el Hospital Braulio Moyano. Mi función está a cargo del Área Docencia e Investigación de Enfermería

2. ¿Cómo define Salud Mental?

Es encontrar el bienestar mental ante distintas situaciones tanto exógenas como endógenas que puedan alterar nuestras conductas.

3. Desde su rol profesional ¿Cómo interviene en esta área?

Capacitando a los alumnos que realizan la pasantía en la Carrera de Enfermería en relación con la Salud Mental y realizando cursos de capacitación para enfermería y otras áreas relacionados con esta temática.

4. ¿Cómo incide el contexto sociocultural en las enfermedades psiquiátricas?

De múltiples formas: Desinterés, discriminación, desarraigo, acoso laboral, violencia de género, mobbing, inseguridad, entre otras.

5. ¿La Ley Nacional 26.657 y el proceso de desmanicomización permite superar el aislamiento del paciente contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales o genera nuevas problemáticas?

En primer lugar no estoy de acuerdo en utilizar la palabra desmanicomización, dado que en la actualidad existen hospitales monovalentes en neuropsiquiatría.

Si la LEY 26.657 se aplicara en su totalidad, aportando los espacios físicos seguros alternativos (casas de medio camino, hostales, salas de internación adecuadas con los recaudos de seguridad necesarios, asistencia social adecuada, entre otras) sería efectiva, pero como los gobiernos de turno no quieren invertir lo necesario para llevar eso a cabo, está generando nuevas problemáticas, teniendo en cuenta por ejemplo que esta Ley determina que ahora debemos hacernos cargo de las internaciones por trastornos de adicciones, lo que conlleva a traer severas irregularidades institucionales.

6. ¿Qué es la esquizofrenia?

Esquizo: significa roto o partido; frenia: mente. o sea en una mente que producto de alteraciones neurobiológicas pierden la capacidad afectiva, la memoria actual se ve alterada y padecen delirios y alucinaciones.

7. ¿Qué prevalencia tiene en el Hospital Braulio Moyano?

Años atrás era alto el índice de prevalencia de esta patología, en la actualidad ha disminuido notoriamente la internación de la misma.

8. ¿Qué perspectiva de alta o egreso tienen los pacientes?

Estamos hablando de una patología crónica, pero que en la actualidad cuenta con psicofármacos y actividades alternativas que logran una efectiva resocialización si se encuentra un lugar adecuado para instalarlos, Ejemplo su hogar si hay una familia continente, casa de medio camino u hostales con el debido control del Equipo interdisciplinario que marca la Ley 26.657 de Salud Mental.

9. ¿Qué es la cronicidad? ¿Cuál es su prevalencia?

La cronicidad es algo que hasta el momento no tiene una cura definitiva. Su prevalencia es altísima, debido a que hasta el momento con las terapias alternativas que existen logran compensarlos pero no curarlos definitivamente-

10. ¿Cómo definiría atención y que injerencia tiene en el desarrollo cognitivo y en la integración social de los individuos?

Entiendo por atención a la capacidad de observación y alerta que nos permite tomar conciencia de lo que ocurre en nuestro entorno. Es elemental para poder manejarnos adecuadamente dentro de la sociedad.

11. ¿Qué es la atención desde la perspectiva de la salud mental?

Es la capacidad de atender y entender lo que pasa a nuestro alrededor.

12. ¿Por qué es una actividad cerebral compleja?

Porque de ella depende nuestra integración social, nuestra seguridad, nuestra proyección en referencia a lo que anhelamos en nuestras vidas entre otras.

13. ¿Cómo puede describir el proceso de prestar atención? ¿Qué lo motiva?

El estar alerta a nuestros sentidos

14. ¿Qué sucede con la capacidad atencional en las personas con esquizofrenia?

Totalmente disminuida.

15. ¿Existen bases neurológicas y/o psicológicas para el déficit de atención en pacientes con esquizofrenia?

Si totalmente.

16. ¿Considera que existe una relación directa entre déficit atencional y cronicidad? Si,

No ¿Por qué?

Hasta la actualidad considero que sí, dado que estos pacientes disminuyen su capacidad cognitiva.

17. ¿Puede encuadrarse la esquizofrenia dentro de los trastornos atencionales?

Si totalmente, dado que es que disminuye notoriamente.

18. ¿Cómo describiría el déficit atencional en estos pacientes?

Como una indiferencia anormal, No prestan atención a las cosas más elementales que normalmente se debe prestar.

19. ¿En qué espectro esquizofrénico el déficit atencional presenta mayor prevalencia?

En el espectro residual.

19. ¿Cómo incide el déficit atencional en las habilidades sociales y cognitivas de los individuos con esquizofrenia?

Hay una indiferencia anormal, no presta atención a las cosas relevantes.

Cognitivamente prevalecen los delirios y alucinaciones.

20. ¿Es posible hablar de reeducación atencional?

Si, es posible si se logra estabilizar al paciente en su sintomatología de base..

21. ¿Se puede aprender a prestar atención?

Aprender, considero que no.

22. ¿Es posible desarrollar habilidades sociales en individuos con problemas atencionales?

En un bajo nivel, si es posible.

23. El olvidar y recordar guarda relación con esta enfermedad en sí, o es el emergente del abandono socio familiar del paciente crónico?

Si con ambas cosas.

24. ¿La falta de atención se trata de una problemática permanente o fluctuante en estos Pacientes?

Es permanente

25. Según Alicia Fernández, intimidad y comunalidad son condiciones para el aprendizaje de la atención? ¿Cómo pueden lograrse estas condiciones en la internación crónica?

En muy bajo nivel pueden lograrse mediante un trabajo en equipo.

26. ¿Cómo la falta de atención repercute en la calidad de vida de los pacientes?

Repercute en la imposibilidad de adaptarse socialmente con los demás.

27. ¿Qué estrategias y tratamiento utiliza para abordar esta problemática en la práctica Clínica?

Tratamiento psicofarmacológico, terapia psicológica, terapia ocupacional, musicoterapia, talleres protegidos, entre otros.

28. Desde su rol profesional, ¿desea agregar algo más respecto a la esquizofrenia y el déficit atencional?

No, considero que esta entrevista está muy bien orientada a lo más relevante de esta patología.

Anexo 3



Fuente: <https://buenosaires.gob.ar/salud/hospital-moyano2/historia-del-hospital-moyano>

Anexo 4

Matriz de datos

VARIABLES		VALORES O GRADOS DE SIGNIFICACIÓN	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
C O N T E X T U A L	Trabajo interdisciplinario	Formación profesional.	Licenciados/as en Enfermería.	5
			Licenciados/as en Psicología.	3
			Licenciados/as en Trabajo y Asistencia Social.	1
			Médicos/as Psiquiatras.	4
		Incidencia de esta ley sobre el tratamiento de las personas con discapacidad psicosocial, internadas y aisladas en hospitales psiquiátricos.	Percepción, que tienen los profesionales de la salud acerca de la influencia sobre los pacientes crónicos que deriva de la aplicación de la Ley 26.657.	MALO
				BUENO
				MUY BUENO
				NINGUNO

	Ley Nacional 26.657	Criterios específicos del DSM-5	Grado o nivel de prevalencia de los síntomas en pacientes crónicas con esquizofrenia.	Comportamiento Motor desorganizado	MEDIO
					ALTO
				Alucinaciones	BAJO
					MEDIO
					ALTO
				Habla desorganizada	BAJO
					MEDIO
					ALTO
				Catatonía	BAJO
					MEDIO
ALTO					
Síntomas negativos	BAJO				
	MEDIO				
	ALTO				
I N		Enfermedad mental caracterizada por psicosis, es decir por la	Prevalencia	90%	

D E P E N D I E N T E	Esquizofrenia	pérdida de contacto con la realidad, presencia de alucinaciones o percepciones falsas, delirios, habla y conductas desorganizadas, afecto aplanado que se traduce en un rango emocional restringido, déficits cognitivos que se expresa en el deterioro del razonamiento y la capacidad resolutiva, pensamiento y lenguaje.	Cronicidad	80%
			Perspectiva de egreso.	20%
D E P E N D I E N T E	Deterioro atencional en pacientes con esquizofrenia (Déficit de	Los pacientes esquizofrénicos presentan déficit en los mecanismos inhibitorios atencionales implicados en la red ejecutiva que depende principalmente del córtex cinglar, es decir cuando los individuos ejecutan alguna tarea, en este	Grado de prevalencia del deterioro atencional en pacientes Crónicas.	BAJO
				MEDIO
			Grado de prevalencia del	ALTO
				MUY ALTO
Grado de prevalencia del	BAJO			
	MEDIO			

T E	atención selectiva).	déficit está involucrada alguna alteración del lóbulo frontal. Se asocia a problemas del lenguaje y de la formulación de enunciados, razonamientos coherentes y a los aprendizajes.	deterioro atencional en pacientes externalizados.	ALTO	
				MUY ALTO	
I N T E R V I N I E N T E	Tratamiento de la atencionalidad	Psicoeducación y reeducación.	Intervenciones psicológicas que incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas de reeducación.	T I P O D E A B O R D A J E E X I S T	Terapéutica Psicológica.
		Farmacológico	Los antipsicóticos dificultan la progresión del trastorno, pero no impiden Completamente el curso degenerativo e inciden en la concentración y la atención.		Psiquiátrica
		Conductual	Intervenciones sobre la conducta para disminuir los síntomas		Terapéutica Psicológica. Trabajo Social.

			negativos, fortalecer la atención y habilidades sociales.	E N T E	
		Clínico	Control de parámetros clínicos	E N E	Médico/Enfermería
		Psicopedagógico	La psicopedagogía actúa en el ámbito de la salud mental, dado que alcanzar el desarrollo integral en las personas se relaciona con los procesos de aprendizaje y la educación.	E L M O Y A N O	No se implementa