

Intervención psicológica única multifamiliar en la Unidad de Cuidado Agudo de una clínica psiquiátrica¹

Psychological intervention in an only multifamily session at an Acute Care Unit of a psychiatric clinic

Martha Caycedo B²
Karim Offir Jiménez S³

Resumen

Este artículo ofrece una panorámica sobre la intervención psicológica en una Unidad de Cuidado de Salud Mental. Se definen los objetivos y las acciones terapéuticas a seguir, a través de la participación del equipo interdisciplinario y del trabajo en red, en el que se vinculan grupos de apoyo, en particular de las familias de los pacientes que sufren un trastorno mental severo.

Los materiales y recursos empleados fueron sesiones semanales de una hora y cuarenta minutos, por dos años de seguimiento (2005-2007). La población objeto de estudio estuvo conformada por familiares de los pacientes con patologías diversas, que se encontraban internos en la Unidad de Cuidados Intensivos. En cuanto al diseño, se realizó un análisis cualitativo de 100 diarios de campo, diligenciados en una matriz de análisis de contenidos. En éste se revisaron los objetivos, los multifocos de abordaje, la metodología, las técnicas empleadas, los procedimientos desarrollados y la retroalimentación dada en cada una de las sesiones.

Los hallazgos del estudio muestran que los trastornos mentales están relacionados con el ambiente en el que se desarrolla el paciente y con procesos sociales complejos. También sugieren una mayor necesidad de atención al paciente psiquiátrico y a su sistema de redes, de manera oportuna y pertinente. Por otra parte, señalan la importancia de incrementar esfuerzos orientados a hacer más accesibles en el campo de la salud mental las intervenciones estratégicas breves de los

¹ Unidad Funcional de Psicología de la Clínica Nuestra Señora de la Paz, Bogotá, Colombia.

Declaración de descargo de responsabilidad: la psicóloga Martha Caycedo, identificada con C.C. 51'710.282 de Bogotá, y la psicóloga Karim Jiménez, identificada con C.C. 40'035.721 de Tunja, aceptan que de este aporte investigativo no obtendrán ningún beneficio económico, político o social. Los datos de esta investigación serán utilizados con fines académicos e investigativos y se guardará confidencialidad de la identidad de las familias que participaron en esta investigación; asimismo, éstas serán retroalimentadas sobre los resultados de esta modalidad terapéutica.

Agradecimientos: las autoras manifiestan su agradecimiento con todos los profesionales de los Equipos de Gestión Psicoterapéutica de la Clínica Nuestra Señora de la Paz.

² Magíster en Administración de Negocios del ITEAP, Málaga, España. Especialista en Educación Sexual de la Fundación Universitaria Monserrate. Psicóloga. Docente de la Universidad Católica de Colombia, gestora de servicios asistenciales de la Clínica Nuestra Señora de la Paz y coordinadora de psicología de la Clínica san Juan de Dios de Chía. Correo electrónico: may_cay@hotmail.com.

³ Especialista en Psicología Médica y de la Salud de la Universidad El Bosque. Psicóloga de la Universidad Santo Tomás. Psicóloga de la Clínica Nuestra Señora de la Paz. Correo electrónico: karimjimenez2005@yahoo.es.

equipos interdisciplinarios; además, se evidencia que es apropiado un abordaje psicoeducacional y terapéutico en el que se coordinen las acciones en diferentes niveles.

Palabras clave: *intervención en crisis, redes sociales, equipo interdisciplinario, relaciones profesionales–familiares.*

Abstract

This article provides an overview of the psychological intervention in a Unit Care of Mental Health. The objectives and therapeutic actions to follow are defined through the participation of an interdisciplinary team and networking; it includes support groups and, especially, the families of patients that suffer a severe mental disorder.

The materials and resources used were weekly sessions of one hour and forty minutes, for two years of monitoring (2005-2007). The study population consists of families of patients with different pathologies, which are in the Intensive Care Unit. In terms of design, it is made a qualitative analysis of 100 field day formats, and fills a matrix of content analysis. It is reviewed the objectives, the approach Multi-Focus, methodology, used techniques, the procedures developed and the feedback given at each session.

The findings from this study show that mental disorders are related to the environment in which the patient is developed and complex social process. They also suggest a greater need for psychiatric patient care and its networks, timely and relevantly. By the other hand, it shows the importance of increasing efforts to make available in the field of mental health brief strategic interventions in interdisciplinary teams, it is appropriate a psycho educational and therapeutic approach in which the actions are coordinated at different levels.

Keywords: *crisis intervention, social networking, interdisciplinary team, professional-family relations.*

Introducción

Los estudios epidemiológicos demuestran que los trastornos psicológicos y psiquiátricos han ido en aumento, lo cual puede deberse a varias razones; entre ellas, el hecho de que las personas puedan estar consultando más a las instituciones de salud o la posibilidad de que en los últimos años se estén diagnosticando de manera más clara estas patologías. Por otra parte, ya no se está subdiagnosticando; por ejemplo, hay una mayor detección temprana de los trastornos depresivos en la consulta externa de medicina general.

Este artículo ofrece una panorámica sobre la intervención psicológica en una Unidad de Cuidado de Salud Mental. Se definen objetivos y acciones terapéuticas a seguir a través de la participación de un equipo interdisciplinario, concientes de la importancia del trabajo en red, pues, a pesar de existir gran variedad de técnicas terapéuticas desde diferentes modelos, no existen antecedentes, ni evidencia empírica que avalen estas intervenciones psicológicas con vinculación de las redes –trazadas desde el Modelo Sistémico (Enfoque Breve Estratégico: MRI)– en una Unidad de Cuidado Agudo.

Aspectos generales

Desde el primer tercio del siglo XX hasta la actualidad, la teoría de la comunicación se ha ido construyendo desde perspectivas muy diferentes. Según teóricos, la comunicación puede entenderse como “la interacción mediante la cual gran parte de los seres vivos acoplan sus respectivas conductas frente al entorno, a través de la transmisión de mensajes, signos convenidos por el aprendizaje de códigos comunes” (3). Desde esta perspectiva, hablar de comunicación supone acercarse al mundo de las relaciones humanas, de los vínculos establecidos y por establecer, de los diálogos hechos conflicto y de los monólogos que algún día pueden devenir en diálogo. La comunicación es la base de la interacción social y, como tal, es el principio básico de la sociedad y su esencia.

Otro concepto fundamental que es necesario considerar para el desarrollo de este artículo es el de “familia”, entendido como un sistema constituido por una red de relaciones; visto como natural, porque responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana, e identificado con características propias, pues no hay ninguna otra instancia social que hasta ahora haya logrado reemplazarla como fuente de satisfacción de las necesidades psicoafectivas tempranas de todo ser humano. Existen, además, una serie de lealtades entre sus miembros, cuya intensidad, a pesar de que fluctúa a través de los años, la distingue de otras instancias sociales, a las cuales equívocamente se ha equiparado la familia (15).

Aproximación sistémica a la comunicación

La concepción anterior apunta a situar el debate en una aproximación sistémica de la comunicación. Desde este enfoque, la comunicación se puede definir como un “conjunto de elementos en interacción en donde toda modificación de

uno de ellos afecta las relaciones entre los otros elementos” (1). Esta definición nos acerca al concepto de *sistema*, cuyo funcionamiento se sustenta a partir de la existencia de los siguiente aspectos: por un lado, la energía que lo mueve, los intercambios, las fuerzas, los móviles, las tensiones que le permiten existir como tal, y, por el otro, la circulación de informaciones y significaciones, la cual permite el desarrollo, la regulación y el equilibrio del sistema.

Hay tres consideraciones básicas sobre la teoría de la comunicación desarrolladas por Marc y Picard (1) que nos conciernen para el desarrollo de este artículo:

- La esencia de la comunicación reside en procesos de relación e interacción.
- Todo comportamiento humano tiene un valor comunicativo.
- Los trastornos psíquicos reflejan perturbaciones de la comunicación.

El principal aporte de estos pensadores es que “el concepto de comunicación incluye todos los procesos a través de los cuales la gente se influye mutuamente” (2). En consecuencia, se pueden identificar diferentes modelos comunicativos de valor diagnóstico que permitan determinar una estrategia de intervención terapéutica tan apropiada como sea posible. Así, un síntoma deja percibir bruscamente su significación si se lo reemplaza en el contexto de interacción, actualmente en curso, entre un individuo y su medio humano. El síntoma aparece, entonces, como una redundancia, como una regla de ese “juego” específico que caracteriza su interacción, y no como el resultado de un conflicto sin resolver entre dos fuerzas intrapsíquicas superpuestas (3).

Los trastornos individuales se connotan como síntomas de una disfunción familiar; por ejemplo, mientras el desarrollo y el com-

portamiento de un individuo pueden ser desadaptativos en relación con el exterior, dentro del contexto familiar pueden ser funcionales y adaptativos (4). En este sentido, la psicopatología se ve conectada a un patrón disfuncional de interacción. Desde el enfoque sistémico no se habla de patología, sino de patrones funcionales o disfuncionales, los cuáles mantienen o dificultan la búsqueda de soluciones.

Mony Elkaím (5), citando a Desmarais, Lavingueur, Roy y Blanchet (6), señala que el campo de intervención en salud mental se inscribe en un marco multidimensional, que incluye las dimensiones individual, fisiológica, psicológica, interaccional y, por último, ambiental; todas éstas tejen la trama de los problemas relacionados con la psiquiatría. En este sentido, el trabajo en red se crea como una necesidad en la comprensión de la enfermedad mental, en la cual se puede involucrar a la familia, a la comunidad y a todas las personas e instituciones que de una u otra forma son significativas, tanto en la construcción de problemas para el paciente, como en la de soluciones; pues la enfermedad mental no se plantea solamente como un evento a nivel individual, sino se entiende como toda una construcción a nivel cultural, donde los mitos y creencias acerca de este fenómeno abren el panorama a toda una serie de circunstancias que se ven involucradas en el proceso terapéutico.

Cada miembro de una familia, de un grupo o de una institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla; lo afirma Sluzki (7): la red social representa la sumatoria de todas las relaciones que cuentan realmente o que son percibidas como tal por un individuo, y es ésta la que define el nicho social propio que contribuye a su reconocimiento. En consecuencia, la red constituye una fuente esencial de sentimiento de identidad, del deber ser, de competencia, de

acción, así como de las actitudes habituales a nivel de la salud y del modo de adaptación en caso de crisis.

Siguiendo esta línea de pensamiento, la vivencia que se ha tenido dentro del contexto de salud mental permite visualizar al paciente como un ser integral, con recursos y capacidades, que forma parte de unos sistemas complejos de interacción, que a su vez se construyen durante la vida. Éste sería tan solo un punto específico dentro de los patrones recursivos y reflejaría un intento del sistema familiar del paciente por ajustarse a modificaciones de su estructura interna, de su desarrollo, o a exigencias del entorno en su proceso de interacción.

La Ley 100 de 1993 y su influencia en el abordaje terapéutico psiquiátrico

Es importante considerar el marco de la atención en salud determinado en la Ley 100 de 1993 (8), donde se creó el Sistema de Seguridad Social Integral y que reforma la salud en Colombia hacia 3 direcciones: 1) la desmonopolización de la seguridad social en salud para los trabajadores del sector privado, al brindarle a todos los asalariados la opción de elegir la entidad que les preste el servicio de salud; 2) la presencia del sector privado como opción adicional al Instituto de Seguros Sociales (ISS), y 3) la aparición de un sector subsidiado que se sustenta en la creación de un Fondo de Solidaridad y Garantía y que brinda aseguramiento a la población pobre del país (8).

Entre los principios generales del Servicio Público Esencial de Seguridad Social, enunciados en la Ley 100 (8), se citan los siguientes: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Además, en el artículo 153 de ésta se establecen los fundamentos del Servicio Público de Salud y se define que los patrones rectores del Sistema General de

Seguridad Social en Salud son equidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad (8).

En lo que respecta a los pacientes psiquiátricos, la Ley 100 determina que tienen la posibilidad de tener acceso a los servicios de salud a través de estos tipos de contratación (9): contrato por paquete mensual, contrato por capitación, contrato por paquete trimestral y contrato por evento (8).

Los enfoques de abordaje terapéutico han venido evolucionando de acuerdo con las necesidades y la realidad del nuevo sistema de salud. Por lo tanto, se ha creado una nueva forma de trabajo, enmarcada en el Modelo de Atención en Salud Mental de Rehabilitación Integral, que opera desde los equipos psicoterapéuticos, según patologías y servicios (UCA, gerontopsiquiatría, niños y adolescentes). Este modelo se caracteriza por la configuración de redes de apoyo, en las que participan diferentes disciplinas de la salud (psicología, psiquiatría, trabajo social, terapias), en un espacio de diálogo y de coordinación de acciones terapéuticas, para beneficio del paciente y sus redes.

Características de la Unidad de Cuidado Agudo (UCA)

La Unidad de Cuidado Agudo en la que se desarrolló el estudio cuenta con 19 camas. A ésta ingresan personas que tienen alteración en su patrón de conducta y estado de conciencia, y que se caracterizan por presentar cuadros clínicos de índole afectivo, depresión mayor y psicosis aguda, y por tener una pobre aceptación de límites y señalamientos. Este servicio es restringido para los familiares, ya que la estancia en ésta unidad de servicio es muy corta (72 horas), mientras el paciente logra estabilizarse de la crisis que manifiesta.

La labor del equipo interdisciplinario consiste en fortalecer los procesos fármaco, terapéutico y psicológico, a través de intervenciones en crisis, y en tener una observación directa de los síntomas y cambios comportamentales. Por parte de enfermería se realiza una vigilancia estricta, ya que en la mayoría de los casos se presenta un estado confusional agudo; ésto hace que el apoyo sea mucho más cercano, en tareas como el cuidado de las Actividades Básicas Cotidianas (ABC), la movilización, etc.

Desde el momento en que el paciente empieza a convivir en este contexto, va construyendo innumerables significados y sentidos sobre su existencia y su forma de estar en el mundo; es por eso que la actitud y la lectura que la red interinstitucional hace sobre la situación de éste influenciará de manera importante su motivación frente a la recuperación y permitirá la aproximación a la creación de un sistema de redes de apoyo (conformadas por el equipo terapéutico y los familiares, amigos y entorno laboral del paciente).

Intervenciones únicas

A finales de (1959) (3) el equipo del MRI se dedicó a fundamentar una nueva visión de la psicoterapia, desde la perspectiva interaccional, y se desarrolló un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio. Es por esto que el modelo de Palo Alto (11) se centró en la solución de problemas desde la aplicación de la teoría de la comunicación, la cual incluye todos los procesos interaccionales a través de los cuales la gente se influencia mutuamente (2). A esto se suma la perspectiva de Bateson y Ruesch (2), quienes definen la comunicación como “la matriz en la que se encajan todas las actividades humanas”. Como se puede apreciar, los autores creen en la comunicación como un proceso social permanente que integra un gran número de modos de comportamiento,

como pueden ser: la palabra, el gesto, la mirada y el espacio individual.

Por otra parte, Watzlawick, Weaklan y Fisch presentan en su obra *Cambio* (12) las soluciones que deben intentar las familias para manejar determinadas situaciones que suponen los auténticos problemas de un paciente con psicopatologías; para ello, desarrollan intervenciones únicas dirigidas a cortocircuitar el flujo comunicacional: problema-solución intentado. Los autores distinguen entre los llamados cambios 1 –que supuestamente siguen la "lógica" intentado aplicar como solución al problema lo contrario a éste, pero que no cambian la estructura del sistema– y los cambios 2 –que se centran en intervenciones paradójicas distintas al "sentido común", pero que producen cambios en la estructura del sistema familiar–.

Bajo este contexto, la meta terapéutica fundamental es introducir alguna variación en el esquema de solución del problema que viene utilizando el paciente en relación con su propio síntoma, y en el que vienen utilizando los allegados en relación con el síntoma del paciente. Esta meta viene definida tanto por el paciente, quien señala cuál es el cambio mínimo que supondría estar en camino de la solución del problema, como por el terapeuta, quien ha de diagnosticar cuál es el tipo básico de solución que debe intentar el paciente. En este contexto, el objetivo terapéutico consiste en cambiar el tipo de solución intentada por el paciente. Las formas de introducir este cambio pueden ser o bien mediante una estrategia opuesta a la empleada comúnmente por el paciente, o bien con un cambio mínimo, cuando el paciente no acepta cambiar dramáticamente la situación y confía más bien en un cambio pequeño que afecte la secuencia de solución del problema. Para vehicular la iniciación del cambio se usan los recursos del paciente y su sistema familiar, así como de sus valores e ideología, a través del uso del lenguaje.

Es así como la intervención única permite la cocreación de un nivel de comunicación flexible, donde se describe una dinámica interaccional, basada en multifocos, según las necesidades y demandas que presenta el paciente intervenido y la participación activa de los equipos terapéuticos. En esta línea, León, Anzano, Barriga, Herrera y Ballesteros (13) consideran que los aportes de los diversos aspectos del comportamiento integrados entre sí comparten diferentes dimensiones del concepto de salud. Entre ellas se sitúan los trastornos mentales.

Es de anotar que, como lo expone McFarlane, (14), entre más clara efectividad tienen los abordajes psicoeducacionales y psicoterapéuticos para el tratamiento de las enfermedades mentales, más se desarrolla el interés para extender estos modelos, ya que permiten proveer información que resulta de gran apoyo para las familias, en un importante número de situaciones que marcan la diferencia en el curso de la enfermedad del paciente.

Teniendo en cuenta las exigencias de la Ley de Seguridad Social (8) sobre la reducción de la estancia de los pacientes en los hospitales, se hace necesaria la implementación de las intervenciones únicas o intervenciones breves estratégicas, como método terapéutico que cada vez genera un mayor impacto interventivo en la población atendida, y que permite la observación activa, desde diferentes escenarios de intervención. Como técnica importante en la intervención en la Unidad de Cuidado Agudo en la que se realizó el estudio, se destaca la Terapia Multifamiliar Técnica Interventiva Única. Este tipo de intervención se comenzó a aplicar en la UCA en el año 2007, con el fin de vincular a los familiares de los pacientes y a personas emocionalmente significativas para éstos en el proceso de recuperación de lo mismos, y de identificar en estos sistemas la responsabilidad frente a la enfermedad, su mantenimiento y la posibilidad de cambio.

A través de esta terapia se desarrollan temas concernientes a las estrategias del manejo de la enfermedad: se hace caer en cuenta a los pacientes y sus familias sobre cómo su forma de interactuar causa impacto en sí mismos, se estudian las interacciones difíciles del sistema familiar y se busca movilizar esas relaciones disfuncionales. Otro de los temas que se trabajan mediante esta terapia es la comprensión y las pautas de relación con la persona asistida en crisis, planteando mecanismos estratégicos para conducir la enfermedad y posponer los episodios de recaídas.

Este modelo de intervención en salud mental se desarrolla en la UCA desde una dinámica interdisciplinaria, que favorece el diálogo de intervenciones entre las diferentes disciplinas que participan en el proceso, lo cual permite fortalecer canales de comunicación, potenciar niveles de relación y ampliar el campo de posibilidades encaminadas a construir estrategias de intervención.

Método

Materiales y recursos

Para el desarrollo del estudio se realizaron sesiones semanales de una hora y cuarenta minutos, los días jueves, por dos años de seguimiento (2005-2007). La intervención fue realizada por un psicólogo, en el rol de terapeuta, y por un trabajador social, en el rol de co-terapeuta. Al final de cada sesión se diligenciaron los diarios de campo, en los cuales se registraron de forma metódica los objetivos y multifocos de abordaje. Asimismo, se generaron espacios de retroalimentación por parte de los profesionales (trabajo social y psicología), en los que se determinaron las fortalezas y debilidades de la intervención.

Población

La población de estudio estuvo constituida por las familias de los pacientes con patologías diversas que se encontraban internados en la Unidad de Cuidado Agudo de una clínica psiquiátrica, y que participaron en reuniones terapéuticas. El promedio de familias que asistieron a las sesiones es de 15.

Diseño

Se realizó un análisis cualitativo de 100 formatos de diarios de campo, diligenciados en una matriz de análisis de contenidos. En éstos se registraron los objetivos, los multifocos de abordaje, la metodología, las técnicas empleadas, los procedimientos desarrollados y la retroalimentación dada en cada una de las sesiones.

Procedimiento

Contacto inicial: revista médica

En el abordaje interdisciplinario se reconoce la función de la red multifamiliar en la movilización de la problemática, lo cual crea la necesidad de incluirla constantemente dentro del proceso. Kaffman, citado por Minuchín (17), propone que para evitar las recaídas y las hospitalizaciones, la creación de una red de apoyo con funciones terapéuticas, sociales y recreativas es determinante.

Con base en lo anterior, en el primer contacto terapéutico del estudio el psicólogo intervino a los paciente de la UCA, junto con el equipo interdisciplinario, realizando una evaluación inicial el éste y sus redes (cuando fue necesario se realizó también la intervención en crisis (16)); lo anterior, con el fin de encontrar nuevas alternativas para el abordaje terapéutico y de vincular, desde el inicio de la hospitalización, a los sistemas familiares y a las redes de apoyo en el proceso de recuperación. Esta revista del equipo de profesionales se realizó diariamente

y fue coordinada por el psiquiatra encargado de la UCA y del equipo interdisciplinario.

Teniendo en cuenta que la construcción de la estrategia interventiva permite el fortalecimiento de la red, lo que a su vez facilita tanto la evolución del paciente, como su reinserción al medio externo, semanalmente hubo un abordaje de la red multifamiliar y de las redes de apoyo. Esta intervención tuvo una duración de dos horas y su desarrollo se realizó en las fases que vermos a continuación.

Fases de la intervención de las redes multifamiliar y de apoyo

Fase I. Convocatoria

Al comienzo del estudio se realizó una convocatoria entre los familiares y redes de apoyo de los pacientes de la UCA que cumplieran con los criterios ya establecidos anteriormente. La convocatoria se realizó a través de la revista médica realizada por el equipo interdisciplinario y en ésta se invitó al grupo objetivo a participar en la reunión multifamiliar, con otros familiares y redes de apoyo de pacientes que se encontraban en similares circunstancias.

Fase II. Encuadre y contextualización

En los encuentros multifamiliares se generó un espacio terapéutico, único e irrepetible, en el que se propició una interacción basada en la comunicación y se dio relevancia a procesos de discusión en grupo, conformados por personas con situaciones similares. Estas intervenciones fueron lideradas activamente por psicólogos (terapeuta) y trabajadores sociales (co-terapeuta); éstos últimos orientaron sus intervenciones desde una perspectiva psicoeducativa. En el desarrollo de las sesiones el terapeuta permitió que se hablara espontáneamente para conocer el abanico de opiniones.

La justificación y validación teórica de estos encuentros se funda sobre el postulado básico de que este grupo de personas constituye una representación colectiva a nivel micro de lo que sucede a nivel macrosocial, toda vez que en el discurso de los participantes se generan imágenes, conceptos, lugares, etc. (14).

En cada sesión el psicólogo inició pidiendo a los asistentes que se presentaran y dijeran el vínculo que tenían con el paciente; posteriormente, se contextualizó la dinámica de la sesión, la cual estaba centrada en intervenciones únicas, y se explicaron los objetivos terapéuticos a seguir.

Fase III. Desarrollo de los multifocos (T4)

Como se anotó anteriormente, las intervenciones únicas están mediadas por multifocos. En consecuencia, el psicólogo encargado de estudiar los sistemas multifamiliares direccionó las diferentes sesiones desde los siguientes focos de abordaje:

- Movilización de sentimientos, emociones y/o contención emocional.
- Ampliación de la definición del problema: percepciones, psicoeducación.
- Establecimiento de los patrones interaccionales.
- Comunicación: cohesión, adaptabilidad.
- Pautas interactivas.
- Intentos de solución.
- Redefinición del sistema de creencias.

Con base en estos enfoques, se buscó movilizar la construcción de nuevas narrativas que giraran en términos de la salud mental. Para ello, el psicólogo formuló preguntas de tipo circulares, lineales, estratégicas y confrontativas; las cuales favorecieron la revelación y descarga emocional de los participantes del sistema multifamiliar, y permitieron encontrar soluciones

a los problemas y nuevas formas de afrontamiento, a través de la conexión con el otro.

En esta fase también se brindaron pautas de psicoeducación respecto a la enfermedad mental, alternativas de seguimiento ambulatorio, información sobre redes interinstitucionales y vinculación a grupos de apoyo.

Fase IV. Remisión a la red de servicios

En esta fase se informó a los familiares de los pacientes sobre los servicios de atención de la hospitalización total y/o de los programas de posthospitalización-ambulatoria. Se les entregó el portafolio de servicios prestados por la institución, el cual contenía la información pertinente sobre los roles profesionales, programas de intervención dentro de la institución y otras modalidades terapéuticas (consulta externa, hospitalización parcial) a las cuales las redes de apoyo pueden acceder una vez el paciente haya

salido de la institución. Éste portafolio permitió dar a estas redes una mirada interdisciplinaria, con la intención de que se contactaran en el menor tiempo posible con los profesionales del caso.

Fase V. Evaluación

En la fase de evaluación se realizó la retroalimentación del equipo de profesionales que asistieron al encuentro con los familiares y redes de apoyo. En ésta se evaluó la sesión, la funcionalidad y efectividad del espacio, y se hizo un cierre. Estas retroalimentaciones se consignaron en el libro de actas, las cuales se redactaron después de cada encuentro.

Resultados y discusión

Las principales patologías de pacientes hospitalizados que se abordaron en las sesiones multifamiliares en los años (2005-2007) se observan en la tabla 1:

Tabla 1. Patologías de pacientes hospitalizados abordados en sesiones multifamiliares entre los años 2005-2007

<i>Patología</i>	<i>Cantidad de pacientes que la padecen</i>	<i>Valor en porcentaje</i>
Depresión	1140	27.6 %
Trastorno afectivo bipolar	977	23.6 %
Trastorno psicótico	555	13.4 %
Esquizofrenia	398	9.9 %
Demencia	248	6 %
Trastorno mental del comportamiento	231	5.6 %
Retardo mental	151	3.6 %
Trastorno esquizoafectivo	125	3 %
Trastorno de ansiedad	89	2.1 %
Trastorno adaptativo	69	1.8 %
Trastorno de estrés	69	1.8 %
Trastorno mental orgánico	45	1 %
Trastorno mental del comportamiento	23	0.5 %
Trastorno de la conducta	7	0.1 %
Total de pacientes abordados en las sesiones	4127	100 %

Estos resultados se correlacionan de manera significativa con los datos que arroja el Estudio Nacional en Salud Mental (18), publicado en el 2003. En este documento se observa que los trastornos mentales están relacionados con el ambiente en el que se desarrolla el paciente y con procesos sociales complejos. Adicionalmente, se sugiere mayor necesidad de atención al paciente psiquiátrico y a su sistema de redes, y se identifica que los diagnósticos de mayor prevalencia son los trastornos del ánimo. Con base en lo anterior, la propuesta de intervención centrada en el MRI y en la interdisciplinariedad es una herramienta ideal, dado que resalta la importancia de incrementar esfuerzos orientados a hacer más asequibles en el campo de la salud mental las intervenciones estratégicas breves, en los equipos interdisciplinarios y en los servicios de salud.

Lo anterior permite sensibilizar al profesional de la salud mental, a los docentes que instruyen a los futuros profesionales, a las directivas de instituciones en salud mental y a equipos de trabajo psicoterapéutica sobre el fortalecimiento y accionar en el diseño de políticas, programas e intervenciones breves en salud mental, que permitan movilizar procesos de rehabilitación en P y P, para ayudar a disminuir el caos que presenta el Sistema de Seguridad Social en Colombia, el cual, a su vez, es un flagelo mayor para la salud mental de los pacientes.

El modelo de corte multifamiliar desarrollado por Anderson, Reiss y Hogarty (19), es otro ejemplo de un manejo alternativo ideal para el tratamiento de pacientes psiquiátricos y de sus familias. Éste modelo se deriva de dos cuerpos de investigación: los estudios de emociones expresadas y los estudios de incremento de tensión. En lo que se refiere a los estudios de emoción expresada, éstos indican que hay ambientes sociales óptimos para un

desarrollo benévolo de los trastornos mentales, los cuales incluyen interacciones sociales tranquilas, benignas, flexibles y relativamente libres de tensión, con límites conductuales y una estructura social conocida. Por su parte, los resultados obtenidos mediante los estudios de incremento de tensión han sugerido que la esquizofrenia es una enfermedad caracterizada por una tolerancia limitada a la intensidad, negatividad, complejidad y disrupción de las relaciones humanas. Finalmente, es posible afirmar que el desorden bipolar, el cual comparte características importantes con la esquizofrenia y que se constituye en un gran desafío para las familias del paciente que lo padece, es apropiado para un abordaje psicoeducacional, de corte multifamiliar.

Por su parte, Attneave y Speck (20) afirman que la red social es depositaria de la identidad y de la historia individual, y que es una fuente de retroalimentación y reconocimiento social, ya que en las interacciones con sus redes cada persona refleja y mantiene una imagen de sí misma, relacionada con el o los roles que cada quien desempeña o asume en esta relación.

Todos los estudios anteriormente mencionados soportan el hecho de que el trabajo desarrollado mediante la revista médica en la UCA y la intervención con la red multifamiliar denota el compromiso de la mayoría de los sistemas consultantes con la integración y vinculación de dichas redes a los procesos de cambio y recuperación de la persona asistida. Esto ha permitido un intercambio de las vivencias entre las familias con respecto a la enfermedad, con miras a generar una integración que apunte al apoyo, la retroalimentación constante y a la búsqueda de alternativas y posibilidades de cambio.

Por su parte, la información recibida acerca del funcionamiento de la red institucional y del equipo terapéutico facilita que ésta pueda

ejercer un papel protagónico en el tratamiento de la persona asistida, y que el equipo sea cada vez más consciente de la necesidad de empezar a tener miradas diferentes frente a la persona asistida y los sistemas con que interactúa. Este nuevo enfoque permite reemplazar los principios reduccionistas, biologicistas y unicausales por modalidades de atención integral, en las cuales se potencializan los procesos de prevención, promoción y rehabilitación en la salud mental y, a la vez, se construye una mirada más holística de la persona asistida.

Las interacciones de los profesionales con las personas asistidas permiten reflejar una atención más humana, oportuna y eficaz, donde la presencia del equipo interdisciplinario es cada vez más importante en la construcción y coordinación de estrategias interventivas, ya que éste permite la adopción de un rol más funcional dentro del proceso de tratamiento-rehabilitación, lo que a su vez evita que se repitan pautas disfuncionales que mantengan la sintomatología y cronifiquen la situación de la persona asistida. Sin embargo; se han encontrado dificultades a nivel económico y de tiempo, como es el caso del desplazamiento físico requerido para contactar diversas redes de apoyo (cómo los compañeros de trabajo de los pacientes, los amigos, las personas de su ámbito escolar o de su comunidad), debido, entre otros, a la ubicación geográfica, a los cruces de horarios con su contexto laboral o a la sobrecarga de funciones en algunos miembros de la red.

A nivel del equipo terapéutico se denota la ausencia de la participación del psiquiatra en la reunión multifamiliar, lo que se torna en una debilidad para este espacio terapéutico, ya que varias redes de apoyo demandan la necesidad de compartir sus experiencias e inquietudes con psiquiatría. Ante esta realidad, se propone la invitación a los residentes de psiquiatría, teniendo en cuenta que la intervención con la red

multifamiliar es el primer contacto que tienen los sistemas, y, por ende, favorece su vinculación al plan de tratamiento.

Es importante también seguir dinamizando los procesos de promoción interna de este espacio, con el fin de que otras disciplinas puedan construir, desde su lectura integral, nuevas miradas, perspectivas y planes de acción dentro del escenario terapéutico.

Conclusiones

La Modalidad Terapéutica de Intervención Única Multifamiliar por psicología en clínica psiquiátrica permite la vinculación de redes de apoyo al tratamiento tradicional en psiquiatría dirigido al individuo. Esta modalidad facilita el intercambio de vivencias y experiencias de los familiares con respecto al problema, lo que amplía las posibilidades de cambios que involucren a las familias desde el inicio de la hospitalización. Además, favorece las intervenciones que incluyen a las familias una vez el paciente egresa de la institución.

Adicionalmente, la intervención en redes posibilita el trabajo sistémico y la integración de los equipos y los profesionales con objetivos de abordaje más claros. También facilita la prevención de recaídas y el desarrollo de nuevas estrategias interventivas, ya que el rol de la familia es determinante en el curso de la evolución de la enfermedad y en la respuesta del paciente frente al tratamiento. El trabajo en red en salud mental favorece una evolución clínica del paciente más ágil, pues coordina acciones terapéuticas y vincula a los miembros emocionalmente cercanos del paciente para que coparticipen en el curso del tratamiento integral.

Referencias

1. Marc E, Picard D. La interacción social: cultura, instituciones y comunicación. Barcelona: Paidós; 1992.
2. Bateson G, Ruesch J. Comunicación: la matriz social de la psiquiatría. Barcelona: Paidós; 1984.
3. Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 1971.
4. Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas. México: Fondo de Cultura Económica; 1976.
5. Elkaím M. Las prácticas de la terapia en red. Barcelona: Gedisa; 1989.
6. Desmarais D, Lavingueur H, Roy L, Blanchet L. Las prácticas de la terapia de red. Barcelona: Gedisa; 1989.
7. Sluzki C, Beavin J. Symétrie et complémentarité: une définition opérationnelle et une typologie des dyades. En: Watzlawick P, Weakland J. (comps.) *Sur l'interaction*. París: Seuil; 1981.
8. Ley del Sistema General de Seguridad en Salud de 1993. Ley Pú. Núm. 100. Bogotá, Colombia: Diario Oficial No. 41.148; Dic. 23 de 1993. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html.
9. Tafur L. El sistema de salud de Colombia después de la Ley 100. Colombia Médica 1996; 27(1): 44-7.
10. Morales L. Los pacientes psiquiátricos en la Ley 100 de 1993 (Sistema General de Seguridad Social en Salud). Revista Colombiana de Psiquiatría 2003; 32(5Supl1): 13S-20S.
11. Wittezaele J, García T. La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales. Barcelona: Herder; 1994.
12. Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. Cambio. Barcelona: Herder; 1974.
13. León J, Anzano S, Barriga S, Herrera I, Ballesteros A. Psicología de la salud y de la calidad de vida. Barcelona: UOC; 2004.
14. McFarlane W. Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. Nueva York: Guilford Publications, 2002. p. 220.
15. Hernández A. Terapia familiar sistémica. Bogotá: Buho; 2001.
16. Martínez JS. Investigación para la creación [en línea]. México: Blog Personal; 2009. Disponible en: <http://investigacionparalacreacion.espacioblog.com/>. Consultado noviembre 19 de 2008.
17. Minuchín E. La locura de las instituciones. Buenos Aires: Paidós; 1992.
18. Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2003. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo15133DocumentNo1981.PDF>. Consultado noviembre 19 de 2008.
19. Anderson C, Reiss D, Hogarty G. Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación. Buenos Aires: Amorrortu; 1986.
20. Attneave C, Speck R. Redes familiares. Argentina: Amorrortu; 1972.