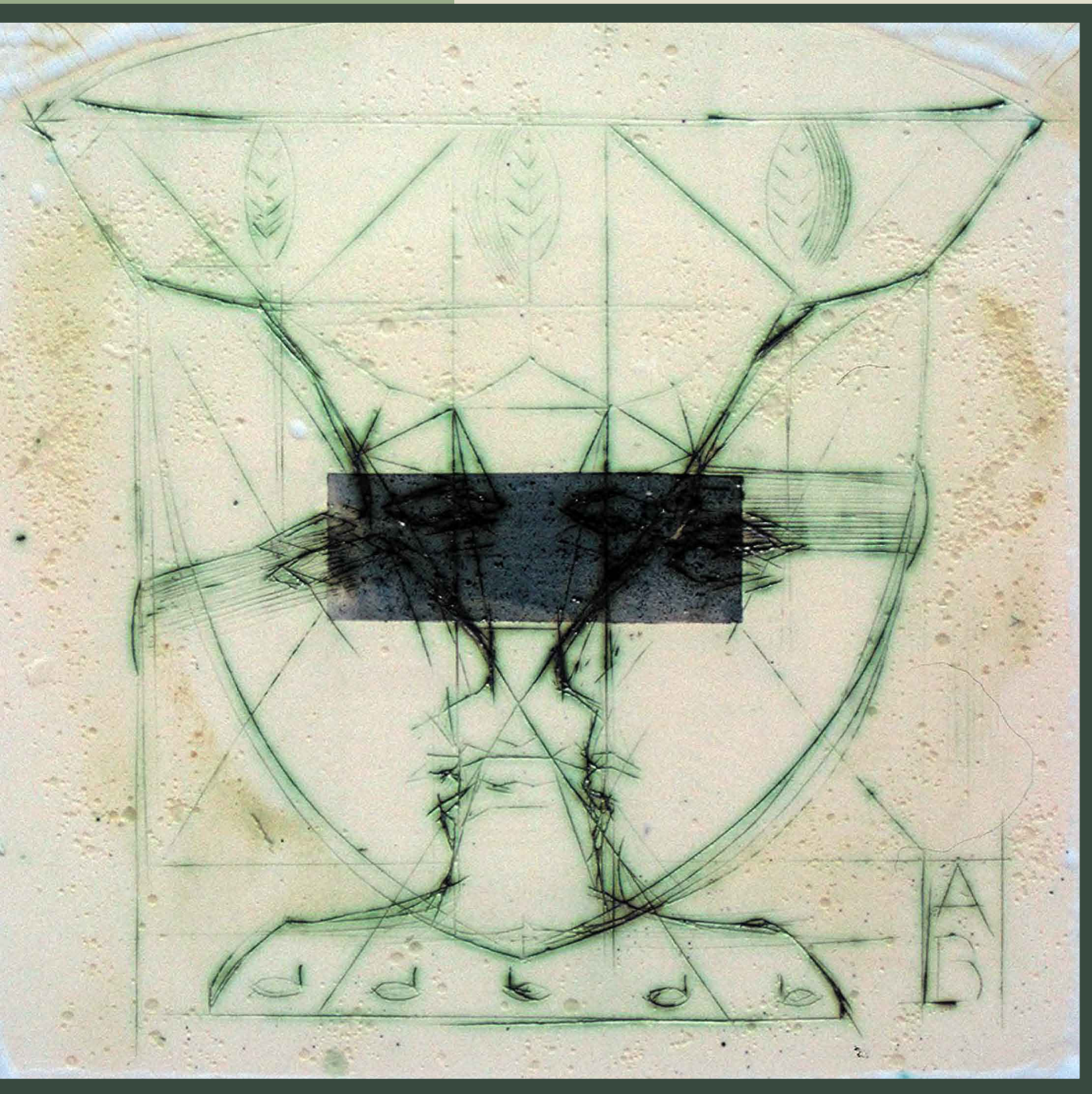


NUDOS MENTALES

Salud mental: una introducción

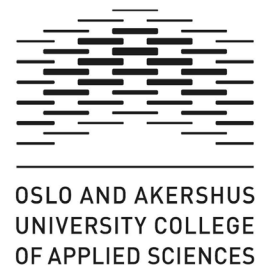


METTE HOLME INGERBERG
SOLVEIG KIRSTI GRUDT

Nudos mentales
Salud mental: una introducción

Nudos mentales
Salud mental: una introducción

Mette Holme Ingeberg
Solveig Kirsti Grudt



© Mette Holme Ingeberg y Solveig Kirsti Grudt, 2012

Traducción: Kjersti Velsand

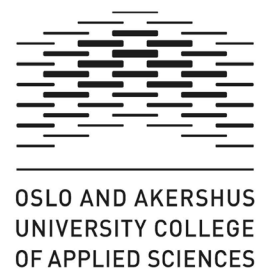
Diseño gráfico: Grete Halvorsen / Copyright

Ilustraciones artísticas: ©Arild Berg

Publicado con apoyo de Campus Kjeller AS, Fredskorpset (FK) y NORLA

Primera edición, primera tirada

Todos los derechos reservados



“Prefiero preguntar; no es de mi incumbencia dar respuestas”.

(Henrik Ibsen, “Una carta en rimas”/
“Et rimbrev”, 1875)

ÍNDICE

PREFACIO	10
SOBRE EL LIBRO Y SU ESTRUCTURA	12

PARTE I

EL ÁREA DE LA SALUD MENTAL

1 EXPECTATIVAS Y MIRADAS RETROSPECTIVAS

1.1 Mitos y tabúes	16
1.2 Tristes historias	16
1.3 ¿Nuevas demarcaciones?	20
1.4 ¿Hacia una mejor realidad para los enfermos mentales?	20
1.5 La sensibilidad cultural y la salud mental	22
1.6 Ejercicios de reflexión, capítulo 1	26

2 DE LA PSIQUIATRÍA HACIA EL TRABAJO DE SALUD MENTAL PROFESIONAL

2.1 Reestructuración de la educación del personal de salud mental y del tratamiento en dicho sector	27
2.2 ¿Qué es la salud mental?	28
2.3 Base ética	30
2.3.1 Requisitos organizativos	32
2.3.2 Requirimientos hacia el profesional	32
2.4 El grupo meta	36
2.5 Diferentes enfoques para la salud mental y trastornos mentales	37
2.5.1 El enfoque de la medicina tradicional	37
2.5.2 El enfoque psicodinámico	40
2.5.3 El enfoque de la psiquiatría social	42
2.6 Servicios integrados	44
2.7 La cooperación interdisciplinaria y la coordinación	45
2.8 Ejercicios de reflexión, capítulo 2	50

PARTE II LOS TRASTORNOS

3	UNA APERTURA HACIA EL CAMBIO	
3.1	Ejercicios de reflexión, capítulo 3	57
4	CÁRCEL INTERNA	
4.1	Una historia sobre elna	58
4.2	¿Cómo se debe interpretar la historia de elna?	61
4.3	Las muchas caras de la ansiedad	62
4.3.1	¿Cómo relacionarse con personas con ansiedad?	64
4.3.2	La ansiedad como un efecto secundario de abusos	65
4.4	Perspectivas, crecimiento y aprendizaje	65
4.5	Ejercicios de reflexión, capítulo 4	72
5	AQUÍ ARRIBA O ALLÍ ABAJO	
5.1	Una historia de Petra y ana	74
5.1.2	¿Cómo podemos entender esta historia?	75
5.2	¿Qué es la depresión?	77
5.3	El relacionarse con personas con un trastorno depresivo	78
5.3.1	Llegar a un espacio de cooperación	79
5.3.2	Satisfaciendo las necesidades fisiológicas primarias	82
5.3.3	El consuelo de la botella	85
5.3.4	¿Cómo se debe entender esta situación?	86
5.3.5	Los muchos desafíos de ana	87
5.4	Ejercicios de reflexión, capítulo 5	88
6	QUIEBRE EN LA PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD	
6.1	Volverse psicótico y estar psicótico	90
6.2	La intervención y el tratamiento tempranos de la psicosis (el proyecto TiPS)	93
6.3	Una historia sobre roberto	95
6.3.1	¿Roberto necesita ayuda?	96
6.3.2	El inicio de un largo camino	97
6.3	Una familia en crisis	100
6.4	El tratamiento psico-educativo	101
6.5	Un brote psicótico	104
6.5.1	En un centro de encierro	104
6.5.2	De vuelta a su habitación	108
6.5.3	Hacia una vida independiente	109
6.7	Ana en el grupo de orientación con otros	113
6.7.1	¿Cómo se pueden entender las reacciones en el grupo de orientación?	114
6.8	Ejercicios de reflexión, capítulo 6	117

7	EN LA ZONA FRONTERIZA	
7.1	Una historia sobre Magdalena	119
7.2	¿Cómo se puede entender la historia de Magdalena?	123
7.3	Teorías centrales en la comprensión de los trastornos de la personalidad	123
7.3.1	Teoría de relación de objeto	123
7.3.2	Escisión	124
7.3	La identificación proyectiva	126
7.3.4	Mecanismos de defensa	127
7.4	Cuando se desafía el papel del ayudante	129
7.5	Ejercicios de reflexión, capítulo 7	132
8	CUANDO LOS SUFRIMIENTOS SE MULTIPLICAN	
8.1	Cómo relacionarse con las personas que desean morir	134
8.1.1	El encontrar una persona que ha perdido las ganas de vivir	141
8.2	Violencia y traumas	144
8.2.1	Violencia	144
8.2.2	El relacionarse con la problemática de la violencia	147
8.2.3	Traumas	148
8.3	Trastornos alimentarios	149
8.4	Problemas de adicción en combinación con trastornos mentales	154
8.5	Psiquiatría geriátrica	159
8.5.1	Demencia	160
8.6	Ejercicios de reflexión, capítulo 8	166

PARTE III

FACTORES FUNDAMENTALES: EL CONOCIMIENTO PARA LA PRÁCTICA

9	CONSENTIMIENTO Y COERCIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD MENTAL	
9.1	Sistema de diagnóstico	169
9.2	Salud mental y los derechos humanos	171
9.3	La relación de los pacientes con la seguridad pública	174
9.3.1	Reflexiones éticas sobre el uso de la fuerza	176
9.3.2	La hospitalización de Roberto	177
10	¿QUIÉN DECIDE?	
10.1	Empoderamiento	179
10.1.1	Poder e impotencia	182
10.1.2	Autonomía y paternalismo	183
10.1.3	La participación del usuario	185
10.1.4	Proyectos e investigaciones	187
10.2	Ejercicios de reflexión, capítulo 10	189

11	EL PODER Y EL SIGNIFICADO DEL LENGUAJE	
11.1	La comunicación no verbal	193
11.1.1	Las muchas funciones del lenguaje	193
11.1.2	Entonación	197
11.1.3	La igualdad y las posiciones desiguales	198
11.1.4	El empleo de las diferentes técnicas comunicativas	200
11.2	La comunicación en la comprensión cultural	202
11.3	Dominio	203
11.4	Redes sociales	206
11.5	Ambiente y terapia	210
11.6	Los principios de la terapia ambiental según Gunderson	211
11.7	El tratamiento del fortalecimiento del yo según los principios de Levander	215
11.7.1	El establecimiento de límites	223
11.8	Terapia cognitiva	225
11.9	Ejercicios de reflexión, capítulo 11	227
12	REFLEXIONES FINALES	229
	BIBLIOGRAFÍA	231

PREFACIO

Este libro está dirigido principalmente a estudiantes de las áreas de la salud y de las ciencias sociales / del trabajo social. También será útil para las personas con problemas de salud mental y sus allegados, y se espera también que pueda inspirar a los que proveen y planifican los servicios dentro del área de la salud. Un grupo meta importante son las organizaciones de usuarios, tales como Salud Mental, que en muchos países ayuda a desmitificar y mejorar las condiciones de las personas con trastornos mentales.

La primera vez que se habló del lanzamiento del presente libro en Nicaragua fue hace unos 10 años, cuando las autoras nos encontrábamos en este país. Las dos teníamos proyectos en la UNAN y la URACCAN respectivamente. Se nos hizo evidente que gran parte tanto del personal de salud y servicios sociales como de la población en Noruega en general tiene un buen conocimiento del área de la salud mental. Nuestro deseo ha sido contribuir a que en Nicaragua las competencias y capacidades se sigan desarrollando en este campo. Ahora, uno debe seguir su propio camino a su manera. No pensamos que nuestras experiencias se puedan ni deban transferir directamente, pero nuestra esperanza es ser una fuente de inspiración para que en Nicaragua la salud mental esté en el orden del día en muchas agendas y niveles.

Gran parte del libro está basado en el libro *Mentale knagger* (“Enlaces mentales”) escrito por Mette Holme Ingeberg y dos colegas, Dag-Willy Tallaksen y Børge Eide, publicado por la editorial Akribe en 2006. Quisiéramos agradecerles tanto a estos autores como a la editorial que se nos haya permitido continuar el trabajo y adaptar el material a condiciones distintas a las que se presentan en Noruega. También quisiéramos agradecer a nuestras respectivas instituciones de trabajo por habernos brindado la oportunidad de escribir, al Campus Kjeller por su contribución financiera, y a los amigos, tanto en Nicaragua y Noruega, que de forma gratuita han colaborado con sus sugerencias. Cabe destacar que un estímulo clave ha sido el de lograr un conocimiento accesible, y éste es un intento de retribuirle algo a la comunidad nicaragüense, que tanto nos ha brindado.

Las autoras del libro son Mette Holme Ingeberg y Solveig Kirsti Grudt, que ambas viven y trabajan en Noruega. Mette Holme Ingeberg es docente de la Escuela Superior de Oslo y Akershus. Es enfermera especializada en psiquiatría y posee 20 años de experiencia en los servicios de salud en diferentes campos. Actualmente es docente en la formación interdisciplinaria en el área de la salud mental. Solveig Kirsti Grudt es responsable de una parte de la formación de estudios del programa de enfermería en la Escuela Superior de Sør-Trøndelag. Posee formación en enfermería dentro del sector de la salud pública y experiencia de trabajo en desarrollo entre los indígenas paez en Colombia y en grupos de población local en la costa atlántica de Nicaragua.

¡Que disfruten de la lectura!

SOBRE EL LIBRO Y SU ESTRUCTURA

Este libro introductorio a la salud mental se dirige a enfermeros y estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales. También intenta proporcionar comprensión e inspiración para todos aquellos que en algún momento entran en contacto con el trabajo en salud mental – sea como usuarios o allegados – o que por distintas razones buscan mayor comprensión en la materia. La idea y estructura del presente libro se basa en la edición noruega titulada *Mentale Knagger* de los autores Mette Holme Ingeberg, Dag Willy Tallaksen y Børge Eide. El punto de partida de la versión nicaragüense es la experiencia recogida por ambas autoras, Mette Holme Ingeberg y Solveig Kirsti Grudt, tras el trabajo en varios proyectos en dicho país, junto a la necesidad del personal en el área de la salud mental (a nivel local) de ampliar sus conocimientos en la materia.

El presente libro no pretende dar respuestas exactas ni recetas; en cambio las autoras pretenden dejar planteados interrogantes así como estimular y promover una reflexión profesional acerca de algunas problemáticas actuales. De este modo existe una correspondencia entre el libro y la realidad en el campo del trabajo de la salud mental, donde pocas veces se encuentra una respuesta clara y donde se hace necesario darle forma a las posibles acciones o soluciones de acuerdo a diferentes factores y circunstancias puntuales en cada situación que se presente. Esta tarea requiere cierta capacidad de reflexión y análisis por parte de las personas que se ven de una u otra manera involucradas en dichas situaciones o problemáticas. Las autoras presentan posturas basadas en valores humanísticos tradicionales, pero también introducen métodos en el trabajo de salud mental con otros fundamentos de valor.

En el libro el lector conocerá varios personajes no reales; algunos que padecen algún tipo de sufrimiento psíquico, otros son sus allegados o ayudantes. Todos tienen nombres ficticios, y cualquier similitud con personas reales es mera coincidencia. La persona quien representa a los ayudantes es Ana, que es enfermera. Paulatinamente se irán conociendo sus pensamientos y reflexiones durante su desempeño profesional. El principio de sostenimiento (holding) en el trabajo de salud mental sería la relación entre el que necesita y el que brinda ayuda y por lo tanto se discutirán las relaciones y el trabajo relacional en varias ocasiones. A través de Ana se intentarán resaltar los desafíos y las oportunidades que se van presentando en este tipo de trabajo. El trabajo en salud mental que abarca tanto a los aspectos de salud como a los aspectos sociales apela de una manera particular tanto a los pensamientos como a las prácticas interdisciplinarias.

El trabajo en salud mental debe ser amplio. Es importante no sólo dirigirse hacia el tratamiento de personas con sufrimientos psíquicos, sino también intentar prevenir dichos sufrimientos y preparar a la sociedad para que el ser humano que los padece, pueda llevar una vida digna aún estando enfermo. Se acentúa en el manejo del usuario como un elemento esencial.

Se hará hincapié sobre todo en lo que significa vivir con un padecimiento psíquico, y el punto de partida es que se necesita comprender y saber lidiar con dicho sufrimiento antes de poder empezar a tomar medidas preventivas

El presente libro se divide en tres partes. La primera parte presenta el área profesional, brindando una breve introducción al trabajo en salud mental. Se presentan la base ética, diferentes enfoques hacia la salud mental y los sufrimientos mentales, y las premisas necesarias para el trabajo práctico.

En la segunda parte el lector conocerá a la enfermera Ana en su encuentro con personas con padecimientos mentales más comunes. Aquí también se presenta información acerca de cómo el ayudante puede relacionarse con personas con dichos sufrimientos. El lector encontrará varias personas en el correr del libro. Es relevante, en ese encuentro con ellos, tener en cuenta que lo concerniente a Elna y su depresión, por ejemplo, también se puede aplicar en el caso de Roberto y su esquizofrenia y viceversa. Las competencias y experticias globales de cómo es posible relacionarse con personas con un sufrimiento psíquico decidirá qué estrategia o acción se elige frente a cada una de aquellas personas.

En la tercera parte se presentan los factores de encuadre y se introducen condiciones que sí o sí son necesarias para el trabajo práctico en el área de la salud mental, luego se presentan los derechos humanos y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la salud mental y temas relacionados a estas problemáticas. En esta parte también se pone énfasis en la comunicación, el dominio de situaciones y la terapia de ambiente – naturales o simuladas – donde la persona encuentra algún tipo de sostén.

En total las tres partes del libro presentan premisas importantes para el trabajo práctico en el área de la salud mental, lo que no significa que el libro se tenga que leer por orden establecido aquí. Es recomendable empezar con la parte I, pero se podrá aprovechar la lectura de la parte III alternadamente con la parte II. Como ya fue mencionado, en la tercera parte presentamos

algunos personajes con los sufrimientos mentales más comunes. A la vez que se presenta la internación forzada de Roberto en el capítulo 6, se recomienda profundizar la lectura en el material de la OMS que brinda pautas y recomendaciones para la salud mental y la relación con los derechos humanos (www.who.int/mental_health/policy/legislation_module_spanish.pdf). De la misma manera se hace necesario el conocimiento que ofrece el libro en su totalidad para poder responder las preguntas planteadas y reflexionar acerca de ellas.

En el libro se alterna entre los términos, “paciente” y “usuario” respecto al receptor de ayuda, y entre “ayudante”, “profesional” y “personal” respecto a la persona que brinda asistencia. Por lo tanto los términos empleados son igualmente válidos y varían según el contexto. Como se mencionara anteriormente, el área de la salud mental es extensa y vasta, lo que nos ha obligado a limitar las temáticas en torno a aquellos temas considerados más centrales por y para los lectores con cierto o limitado conocimiento previo en el área. En consecuencia, algunos temas han sido tratados más superficialmente y otros han sido omitidos. El desarrollo del conocimiento en el área es veloz, y continuamente se produce nueva investigación y nueva literatura. Invitamos por tanto al lector a que complemente estas lecturas, ampliando la búsqueda de artículos de investigación y otra literatura suplementaria relevante.

Durante los últimos 25 años hemos observado cambios, diversificaciones y mejoras en el área de la salud mental en Noruega, y dado que una gran parte de nuestra experiencia se ha producido en este país, varios de los ejemplos en el libro son noruegos. Esperemos que dichos ejemplos puedan servir como fuente de inspiración para generar cambios dentro de marcos y contextos diferentes. Quisiéramos que nuestra literatura de referencia estuviera al alcance de todos, no obstante, una gran parte de ella está escrita en noruego. Por consiguiente, se ha incluido una lista de páginas web que ofrecen literatura relevante en castellano, y se ha recomendado otras fuentes de información relacionadas a los diferentes tópicos.

Motivadas por el deseo de que el lector atravesara por diferentes sensaciones y sentimientos al leer el libro es que hemos incluido también poesías, imágenes y cuentos.

PARTE I
EL ÁREA DE LA SALUD MENTAL

1

EXPECTATIVAS Y MIRADAS RETROSPECTIVAS

1.1 Mitos y tabúes

El día 10 de octubre todos los años se celebra el Día Mundial de la Salud Mental establecido por la Organización Mundial de Salud (OMS) en el año 1992. Una iniciativa para estimular una apertura mayor acerca de los sufrimientos y padecimientos mentales. A su vez, en muchos países existen organizaciones de usuarios que contribuyen con información sobre la salud mental y sobre cómo es vivir con estas dolencias.

1.2 Tristes historias

En muchos países se construyeron en el siglo XX grandes asilos, y existía una creencia muy difundida que expresaba que había que proteger a la sociedad de los que sufrían seriamente de disturbios mentales. Hasta entonces todas aquellas personas que no podían controlar su dolencia y la demostraban con violencia y descontrol, eran ubicados en cárceles, en lugares de encierro en el campo o en establecimientos privados que podían llegar a ser muy precarios. A su vez, con la transición a los asilos tampoco existían métodos de tratamiento que pudieran disminuir las conductas destructivas, y las drogas psicotrópicas no existirían hasta alrededor de la década de los 50.

De a poco el término “asilo” en Noruega fue sustituido por “hospital psiquiátrico”, y tanto los profesionales del área como las autoridades vieron la necesidad de invisibilizar a los pacientes frente a la sociedad. La idea de establecer asilos (el significado de la palabra es refugio, un lugar donde se pueda estar tranquilo) en entornos campestres, fuera de las ciudades, se basaba en una mutua necesidad: Los asilos ampararían tanto las necesidades de los pacientes de estar resguardados como las necesidades de la sociedad de autoprotegerse. Se suponía también que el entorno campestre era sano y positivo, con aire libre, luz y oportunidades para los pacientes de relacionarse con la tierra y los animales. Posteriormente también surgen críticas sobre este modelo basadas en el hecho de que los propios pacientes nunca fueron consultados acerca de los tratamientos recibidos ni su contenido. No obstante, hay que tener en cuenta que no se puede medir ni juzgar el pasado con los estándares éticos de los tratamientos de hoy, aunque sí deberíamos aprender de las posibles faltas y deficiencias del pasado.

La comunicación en los asilos a menudo se asemejaba a una postura militar. La jerarquía era clara: el médico se ubicaba en un escalón superior detentando la posición y el estatus más alto, y el paciente consecuentemente ocupaba los escalones más bajos. En muchos lugares el abuso de poder era evidente. En retrospectiva se ve que sobre todo se trataba de poder y control (Aaslestad, 1997, Blomberg, 2002). Lamentablemente, la historia de los asilos también tiene su lado oscuro. Un ejemplo de fracaso como tratamiento es la denominada lobotomía, una intervención neuroquirúrgica en el cerebro cuyo efecto buscaba que los pacientes que padecían graves disturbios mentales mostraran conductas menos agresivas o de exteriorización de su agresividad y sintieran a su vez menos angustia. En muchos pacientes dicho tratamiento generó graves cambios de personalidad y muchos inclusive murieron. Hoy en día este tipo de intervenciones está prohibida en Noruega.

En la Nicaragua revolucionaria a finales de los años 70 los cambios en el área de salud mental surgieron a remolque de distintas reorganizaciones en el sistema general de salud. Este nuevo planteo incorporaba también a la salud con el objetivo de que fuera descentralizada. Las autoridades tomaron medidas para que las instituciones psiquiátricas se hicieran más humanas e incluso se envió a un número considerable de pacientes a sus casas para que fueran atendidos por las policlínicas y los centros locales de salud. Los pacientes que no fueron dados de alta, padecían de enfermedades crónicas y/o habían perdido los vínculos con sus respectivas familias y comunidades. Aquellos pacientes que sí pudieron salir, se les iba a atender en las policlínicas o en los centros de salud locales, y se realizó un proyecto coordinado por el Ministerio Agropecuario y Forestal donde los pacientes tuvieron la oportunidad de participar en la cosecha de café junto con personal vinculado a centros de salud mental. La participación de los pacientes en un trabajo regular representó un primer paso hacia la transformación del “manicomio”. La revolución nicaragüense trajo consigo también otro cambio importante: el desarrollo del tratamiento de los enfermos mentales fuera de la institución. Por primera vez en Nicaragua se hizo posible tratar a pacientes psiquiátricos sin tener que internarlos (Aburto, 2004).

A pesar de que las condiciones para algunos hayan mejorado, hoy en día muchas de las personas que padecen sufrimientos mentales están escondidas, muchas veces en sus propias casas, ya sea para que no le hagan daño a otros o porque su familia siente vergüenza de ellos. En la mayoría de los casos resulta difícil ser el allegado de personas con dichos sufrimientos. Aunque para muchos allegados sea un alivio que la persona atormentada reciba algún

tipo de tratamiento, resulta también notorio que el proceso que conduce a él pueda ser tan doloroso como desgarrador, y su resultado un dilema moral: Si no actúan contra la voluntad de sus seres más cercanos, esa persona no obtendrá el tratamiento necesario. También hay situaciones donde las familias están tan agotadas y con tanta vergüenza de que alguien de sus familiares sufra de una enfermedad psíquica que se vuelve una pesada carga para ellos. Hay ejemplos de pacientes que han sido dejados en la puerta de un hospital completamente perdidos. Ambos el paciente mismo y sus familiares pueden llegar a avergonzarse tanto que precisan ayuda para procesar sus sentimientos.

En la década de los 60 para muchos el encuentro con el hospital psiquiátrico significaba encontrarse con pacientes en una situación indignante. En salas grandes, con muchas camas juntas, pacientes que recibían una medicación exagerada, sufriendo los efectos secundarios. Además, a los pacientes se les ataba a sus camas, algunos día y noche, otros por tiempos más limitados. Un espacio y un tiempo para la empatía y las conversaciones cotidianas parecían ser muchas veces los grandes ausentes. Los pacientes estaban abandonados a su suerte, y muchas veces se escuchaban fuertes ruidos que podría significar que estaban cantando, gritando por ayuda o en una mera conversación ininteligible consigo mismos. Se apreciaba una importante presencia de pacientes y personal, todos ellos en sus uniformes. Lo que los distinguía era la tela y el corte. Los uniformes daban un claro testimonio de la clasificación. Muchos pacientes con patologías muy diferentes eran colocados en las mismas salas, y la actividad significativa y de valor resultaba escasa. Para muchos era un desorden completo y un agitado deambular de muchas personas.

Existen muchas voluntades que están dispuestas a mejorar las condiciones y la atención sanitaria a las personas con problemas de salud mental. Como un ejemplo de ello se ha tomado de un boletín de noticias de Managua y el Hospital denominado Hospital Psico Social donde se ha intentado un cambio en las condiciones. El enlace muestra una protesta iniciada por la administración del hospital en el año 2008: <http://www.youtube.com/watch?v=MjsHK0r2i7M> Alrededor de 1990 visitamos el hospital en Managua y las condiciones eran muy malas. Por lo tanto, fue muy alentador ver que su estado había mejorado considerablemente casi 20 años más tarde.

Un cambio notable en las salas y hospitales psiquiátricos actuales es que tienen un número de pacientes para tratamientos mucho más reducido. Aquella gran multitud de internados ya

no existe más. La aplicación de la terapia de drogas también ha cambiado. Todavía se usan drogas, demasiadas, argumentan algunos, pero el control es más estricto, existe una mayor apertura y, sobre todo – las drogas son mejores. Por otra parte, los nuevos medicamentos ofrecen una mayor oportunidad para una correcta selección y adaptación al sufrimiento de la persona. La aparición de una serie de otras formas de tratamiento ha contribuido también a que la medicación ya no sea tan predominante.

En las instituciones psiquiátricas anteriormente, aparte de los médicos algunas enfermeras eran las únicas que tenían cierta formación profesional, y a menudo las únicas empleadas femeninas en el sector de atención. Sin embargo, la gran mayoría de ellas no tenían mucha educación. La altura, el ancho de hombros y la contextura muscular llegaban a ser los criterios más decisivos en la contratación de este personal. En algunos lugares a los empleados también se les exigía cierta filiación religiosa. La primer presidente de la Asociación Noruega de Enfermeras, Bergljot Larsson, decidió motivar a algunas de sus colegas más capaces a solicitar trabajo en los hospitales psiquiátricos. Lo hizo para mejorar no solo las condiciones de los pacientes, sino también las titulaciones académicas entre el personal de enfermería (Tallaksen, 1994). Cada país debe tener su propio proceso en cuanto al desarrollo del área de salud mental y sus servicios para los necesitados.



1.3 ¿Nuevas demarcaciones?

Tanto desde la perspectiva sociológica como desde la psicológica resulta interesante clasificar los mecanismos interpersonales que prevalecen entre sí y entre grupos de pacientes y el personal. En esta línea al menos sería fructífero observar lo que más afecta a estos mecanismos – el individuo, el grupo o la comunidad. No obstante, para este tipo de profundización no hay espacio en este libro, pero de todas maneras se ha optado por plantear la cuestión ya que puede despertar la curiosidad en los futuros trabajadores sociales y de aquellos del área de la salud. Se ha realizado un número considerable de estudios, y muchos de ellos han ganado gran reputación a nivel técnico y político. Muchos análisis sociológicos han ofrecido una crítica del sistema de tratamiento existente. Mencionaremos así las obras de Thomas Scheffer, Michel Foucault y Erving Goffman. Estos estudios nos han enseñado que es de gran importancia que el tratamiento de las enfermedades mentales se realice de una manera abierta y no alejada de la sociedad.

La protección de quién y para quién, sigue siendo un tema relevante y constituye un dilema en el campo de la salud mental. Puede suceder que una persona mentalmente inestable o un enfermo mental cometa actos extremos, como por ejemplo un asesinato. Se puede apreciar muchas veces que en la manera en que estas temáticas y hechos se presentan en los medios de comunicación, a menudo subyace una idea que da a entender que todas las personas que padecen enfermedades mentales son impredecibles y deben ser vigiladas. Obviamente, estas afirmaciones no son correctas. La gran mayoría de las personas que padecen una enfermedad mental son como tú y como yo, que somos muy diferentes el uno del otro, y realmente es una minoría quien representa posibles peligros. No obstante, resulta relevante discutir acerca de los riesgos, pero debe ser de tal manera que la discusión no provoque ni miedos ni inseguridades y para ello es necesario evitar que aquellas personas afectadas desistan de la idea de buscar apoyo, lo que no resultaría beneficioso para nadie. La propia OMS indica que hay indicios de que cada vez más personas en el futuro cercano van a necesitar de los servicios de salud mental. Entre otras cosas señala que la depresión es el padecimiento que más rápido se difundirá hacia el año 2020.

1.4 ¿Hacia una mejor realidad para los enfermos mentales?

Una evolución positiva que ha surgido en relación a las unidades de psiquiatría y hospitales modernos de la Noruega de hoy, es que ya no se trata del almacenamiento de una gran cantidad de personas con padecimientos mentales. Se ha reducido la cantidad de camas por

institución, el tratamiento es individual y es de esperar también que sea más real. La aplicación de la terapia de drogas también ha cambiado desde la primera utilización de psicofármacos en la década de los 50. Todavía se usan drogas, en exceso dirían algunos, pero el control en Noruega es mucho más estricto que antes, existe una mayor transparencia y – no menos importante, los medicamentos han mejorado considerablemente. Estos nuevos fármacos ofrecen una mayor oportunidad para la selección y la adaptación al sufrimiento de cada paciente. La aparición de una serie de distintas terapias también ha contribuido a que la medicación ya no sea tan predominante.

Otro cambio importante desde el tiempo de la existencia de asilos radica en los grupos de profesionales y su posición en el sistema de salud. En la época en que los grandes hospitales psiquiátricos fueron establecidos, los médicos detentaban una autoridad mucho mayor que en la actualidad. El psiquiatra Jarl Jørstad (1971) lo describe así: "[D]esapercibido para la mayoría de los propios estudiantes, su actitud y su auto-percepción ya en el período de estudio se caracterizará por toda la magia, la divinidad y la omnipotencia que nuestra cultura atribuye al médico y al científico." Afortunadamente, existen en la historia varios ejemplos de médicos que pusieron en palabras este fenómeno y se bajaron del pedestal.

En cuanto al ejercicio del poder tanto legal como ilegal en las instituciones psiquiátricas, en la actualidad existe una mayor protección hacia el individuo que antes. En las últimas décadas tanto el debate público como el interno se han centrado en el fenómeno del abuso de poder. No decimos que éste no exista, pero gracias a una legislación que en Noruega es cada vez más clara, en términos de derechos de los pacientes como en las obligaciones del personal, se ha logrado que los mecanismos de control funcionen mejor. Se espera que realmente existan menos abusos de poder y que sea más fácil detectar y denunciar dicho abuso. También se espera que las actitudes y comportamientos del personal de salud hayan cambiado en consecuencia (Hatling y Kröger, 1998).

La OMS ha elaborado pautas y recomendaciones en relación con la coerción y el uso de medidas coercitivas que pueden contribuir al desarrollo de normas más claras para la internación forzada. Mayor información sobre el tema se encuentra disponible: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf. Algunos de los mecanismos de poder se pueden ver en los servicios de salud locales y son llevados a cabo por profesionales de la salud en general. No porque ellos en un principio deseen recurrir al uso de la fuerza, sino por

desempeños donde subyacen carencias en cuanto a la reflexión y el análisis. Los profesionales necesitan constantemente tener un ojo vigilante sobre el fenómeno para lograr que las recomendaciones de la OMS se puedan cumplir.

Desde un punto de vista sociológico y psicológico resulta interesante evaluar cuáles son los mecanismos interpersonales que prevalecen dentro de y entre grupos de pacientes y el personal. Por lo menos sería de gran utilidad ver qué es lo que afecta sobre todo a la mayoría de estos mecanismos: el individuo, el grupo o la comunidad. El mencionado estudio lamentablemente no cabe dentro del marco de este libro, pero lo mencionamos para que el lector como futuro trabajador en el área social como de la salud pueda ampliar su conocimiento en el caso de que estuviera interesado en la temática específica.



1.5 La sensibilidad cultural y la salud mental

Lo que es considerado como problemas de salud mental y enfermedad dentro de una cultura, no necesariamente lo es en una cultura diferente. También se debe tomar en cuenta al paciente o lo que éste está experimentando. Que una persona se sienta enferma, o que sea

vista así por el ambiente que le rodea, no implica necesariamente que esté enferma en el sentido médico de la palabra. Existen todos los grados de sufrimiento, de lo cotidiano, que es parte de la vida (crisis y conflictos) a la violencia y destrucción (psicosis y adicciones), en los que la personalidad puede desintegrarse y la persona cambia hasta volverse irreconocible hasta para sus seres más cercanos. Algunos trastornos se presentan en forma aguda y desaparecen rápidamente, otros se manifiestan de a poco y algunos duran toda la vida. A través de la historia a estas condiciones se le han dado una serie de nombres y descripciones diferentes.

El desarrollo de estrategias para aumentar el conocimiento de la comprensión cultural en temas vinculados al cuidado de la salud mental resulta tan importante como mejorar las competencias lingüísticas (Javo 2010). La competencia cultural es un proceso de desarrollo donde profesionales de la salud que atienden a pacientes con problemas de salud mental, tienen que ser capaces de apreciar la diversidad de una manera eficiente, cumpliendo con las demandas que exigen contextos culturales diferentes. (Johnson, L., Bastien, G. y Hirschel, M.J. en Eschun, S. y Gurung, A.R. [ed.] 2009). Estas competencias culturales y lingüísticas también deben extenderse al encuentro con los allegados y la familia de los pacientes. Nos referimos a un movimiento que implica cambiar y transformarse, y a través de la interacción aprender de la cultura de los otros. La cultura es, pues, algo que está sucediendo aquí y ahora, y un medio a través el cual uno puede ser participe más allá de determinadas diferencias culturales (Hillestad y Sørensen, 2007).

El concepto de cultura tiene varias definiciones interesantes. En este contexto la cultura se vincula estrechamente con la comunicación, y para ello recurrimos a la definición del antropólogo noruego Thomas Hylland Eriksen (ver abajo). El personal de la salud se encuentra con el individuo, más allá de la cultura. Para proporcionar una atención sanitaria adecuada es esencial tener un enfoque culturalmente relativo hacia los pacientes y sus allegados. Trabajar con personas que padecen una enfermedad mental requiere un vasto entendimiento del relativismo cultural, es decir, “entender a los otros en base a sus propias premisas, sin sentirnos provocados o amenazados por su percepción de la realidad” (Magelsen, 2008). El relativismo cultural no es lo opuesto al etnocentrismo, afirma Hylland Eriksen (1998). No se trata de sobrevalorar a uno mismo y a su cultura y etnicidad a costa de la ajena, ya que el relativismo cultural de por sí no contiene principios morales algunos. Según Hylland Eriksen, el relativismo cultural es “una premisa teórica indispensable y una herramienta metodológica útil en nuestros intentos de comprender a las sociedades diferentes de una manera casi liberada de

prejuicios” (Eriksen, 1998, p. 30).

La palabra “cultura” viene del latín, *colere*, que significa “cultivar” (Eriksen 1998, Magelsen 2008). La cultura no es innata, sino aprendida. Debemos comprender a las personas, y su manera de relacionarse en su vida diaria y su comportamiento a partir de una comprensión culturalmente sensible. El hecho de que el personal sanitario sea culturalmente sensible hacia los pacientes y sus allegados, implica que desarrollen una relación interpersonal con ellos. Esto también exige obtener cierta formación en el área de la comunicación intercultural (Hillestad y Sørensen, 2007).

Según Eriksen (1998), es difícil dar una definición clara de uno de los conceptos más debatidos en las ciencias sociales. El término cultura se define como “los patrones de pensamiento, hábitos y experiencias que los seres humanos tienen en común y que nos hacen entender el uno al otro” (Hylland Eriksen, 1998). Esta definición se centra en el hecho de que la cultura posibilita la comunicación. Gracias a la comunicación los seres humanos pueden transferir conocimientos entre sí. La cultura abarca a la comunicación tanto entre individuos como entre comunidades, pueblos y naciones, afirma Mario Rizo en el libro *Cultura* (Rizo, 2003). La relación entre cultura y sociedad implica que ésta muestre la organización de la vida humana, mientras que aquella encarna los aspectos aprendidos, simbólicos y cognitivos de la existencia humana (Eriksen, 1998).

El relativismo cultural, el conocimiento y la aplicación de un proceso de aprendizaje mutuo de cara al paciente permitirán una mayor comprensión de las necesidades del mismo, independientemente de su filiación cultural (Magelsen, 2008). La cultura impacta sobre los conceptos mentales del individuo y sobre su experiencia de vida, por ende influye en el desarrollo individual. Las influencias se manifiestan en las diferentes etapas de la vida (Javo, 2010). Al definir el concepto de cultura, Magelsen (2008) hace mención al concepto de poder. Según el autor, el poder consiste en “relaciones complejas y estratégicas de las que todos participan, y que crean diferentes niveles de dependencia e independencia interpersonales” (Magelsen, 2008, p. 65).

La enfermería también requiere conocer y manejar las relaciones de poder con los pacientes y sus allegados. El que el trabajador en el área de la salud sea consciente de la visión holística de la naturaleza humana y que lo demuestre en la práctica, le ayudará a presentar una postura

de mayor sensibilidad cultural en el desempeño de su trabajo (Magelsen, 2008). En colaboración con el Consejo de Enfermería de Nueva Zelanda, la enfermera Irihapeti Ramsden, de origen maorí, ha desarrollado pautas de cómo las enfermeras ofrecerán capacitación en “seguridad cultural” y sensibilidad cultural. Éste es sólo un primer paso en el proceso que conlleva luego a la denominada conciencia cultural y finalmente a la seguridad cultural. El curso neozelandés hace hincapié en que la asistencia sanitaria a los pacientes no debe ni menospreciar ni desautorizar a los mismos, (Claus Bryde y Vike, 2004). “La seguridad cultural no se trata de aprender la lengua o las costumbres del otro, pero sí de poseer un conocimiento socio-político y de brindarle a los individuos la oportunidad de mantener sus peculiaridades culturales” (Claus Bryde & Vike, 2004, p. 41).

Somos todos portadores de cultura, y un importante aspecto de la misma es el poder (Magelsen, 2008). Cuando a un paciente se le interna en el hospital de Puerto Cabezas, puede que no hable castellano. El paciente puede estar inquieto y ansioso por el dolor. El dolor y el miedo a lo desconocido a su vez pueden generar síntomas tales como la ansiedad. Si al paciente no se le otorga una información clara sobre el procedimiento a seguir, tanto su ansiedad como su dolor pueden aumentar. El poder de la comunicación (Magelsen, 2008) encierra también la necesidad de la trasmisión de ideas claras y del acceso y comprensión de la información disponible por parte de los pacientes. Cuando el paciente recibe información en su propio idioma sobre la revisión y el tratamiento posterior a su ingreso, se sentirá recibido con empatía, lo que le generará más seguridad. El modelo de poder entendido como el control sobre la definición de la realidad (Eriksen, 2007) será, en este contexto, la información en manos de la enfermera o del médico en cuanto al conocimiento del estado del paciente y su percepción de la realidad. La manera de comunicar dicho conocimiento o de dejar de comunicarlo puede afectar el proceso de sanación del paciente (ver capítulos 6 y 10).

El que el paciente deba ser tratado como un individuo, no como un diagnóstico, también es importante en cuanto a la percepción de su pertenencia étnica y cultural. La recopilación de datos culturales consta de tres fases (Hanssen, 2005) y se hace imprescindible en países donde la población no es homogénea, sino que está compuesta por varios grupos étnicos. La finalidad de la recogida de datos culturales es la de identificar las necesidades del paciente basándose en el contexto socio-cultural del mismo, (Hanssen, 2005). En Nicaragua existen varias formas de proteger a las personas con problemas de salud mental. Tradicionalmente, la salud mental se ha asociado al estar loco, una comprensión que excluye la idea de que el

equilibrio mental afecta el estado de salud general del individuo.

En un país como Nicaragua, donde la costa atlántica desde el norte del país hacia el sur se compone de mestizos, nicaragüenses de ascendencia africana y varios grupos indígenas como el miskito, el rama y el sumo mayagna, ha sido necesario establecer un modelo de salud adaptado a cada región, el llamado MASIRAAN (Modelo de Atención Intercultural de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte de Nicaragua) en el norte y el MASIRAAS en el sur. Estos modelos de atención de salud toman en cuenta a la población multi-étnica, las creencias y los conocimientos del paciente, sus comportamientos y sus actitudes con respecto a la enfermedad. Dado que el contexto socio-cultural de los grupos de población en estas regiones debe ser el punto de partida para el cuidado de la salud, la medicina popular tradicional se integra en los modelos de salud en la Costa Atlántica de Nicaragua (Cunningham, 2008).

En el siguiente capítulo se discutirá lo que implica el trabajo en salud mental hoy en día, el grupo meta, los planteamientos que actualmente forman la base para el tratamiento de las personas con trastornos mentales, la ética y la cooperación interdisciplinaria.

1.6 Ejercicios de reflexión, capítulo 1

- Reflexionar sobre tu manera de relacionarte con gente de otras culturas.
- ¿Cuáles son las herramientas que se utilizan para hacer una recopilación de datos culturales?
- ¿Cómo puede el trabajador profesional de la salud salvaguardar a una persona que busca ayuda debido a la acción de una “brujería”?



2

DE LA PSIQUIATRÍA HACIA EL TRABAJO DE SALUD MENTAL PROFESIONAL

Hoy en día el cuerpo humano ya no es un misterio, sabemos que los latidos en el pecho son del corazón, y que la nariz sólo es el extremo de un tubo que sobresale para llevar oxígeno a los pulmones. El rostro es sólo una parte donde terminan mecanismos fisiológicos tales como la digestión, la vista, el oído, la función respiratoria y las actividades del pensamiento. Desde que el hombre aprendió a nombrar y conocer todas las partes del cuerpo, este cuerpo nos hace menos ansiosos. Y hoy también se afirma la dicotomía alma/cuerpo no es ya tan fácil de enunciar. En tiempos pasados reconocidos autores enunciaban en su literatura esta escisión, así decía Kundera:

«basta estar loco de amor y oír el gorgoteo en los intestinos para que la unidad del alma y el cuerpo se disuelven en seguida, como una ilusión lírica de la era científica.»

(Kundera, 1989, p. 44)

2.1 Reestructuración de la educación del personal de salud mental y del tratamiento en dicho sector

En Noruega las autoridades y la administración pública se dieron cuenta de que era apremiante fortalecer y coordinar los servicios dentro del sector, y en la década de los 90 se tomaron muchas decisiones políticas importantes destinadas a mejorar el tratamiento y las condiciones de vida para las personas con trastornos mentales.

Especialmente se hace hincapié en que los profesionales deben ofrecer asistencia en el área donde viven las personas, y se hacía necesario cambiar tanto la organización de servicios como la capacitación del personal. En cuanto a los servicios, esto implicó un deseo de un cambio radical en términos de calidad y de cantidad. Quedó claro que se construiría una nueva plataforma de acceso fácil a nivel municipal. De todos los servicios ofrecidos, independientemente de su nivel, se exigía que fueran caracterizados por el fortalecimiento de pensamiento y la interacción con los usuarios, y los grupos de profesionales debían ser interdisciplinarios

(ver la parte III del presente libro). En cuanto a la postura de la OMS acerca de la educación superior en salud mental se encuentra más información disponible en el siguiente enlace: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf

2.2 ¿Qué es la salud mental?

La salud mental puede ser considerada como un término genérico que cubre varios grupos de trabajo con su punto de vista profesional específico (Hummelvoll 2004). La salud mental no es una disciplina en sí misma, sino que es un campo en el que varias profesiones hacen ejercicio de sus prácticas. La psiquiatría tradicional, entendida como una disciplina médica, no será capaz de dar un servicio satisfactorio completo. Con los cambios que se han desarrollado en Noruega en las últimas décadas, tanto en la visión de las enfermedades mentales como en el entendimiento de los servicios necesarios, se ha constatado que también se hacen necesarias las contribuciones de profesionales con diferentes tradiciones que se basan en otros orígenes profesionales que los de la medicina clásica. Cada profesión tiene su propia ética profesional, sus propios fundamentos teóricos y también su propio cuerpo de investigación. Para que a las personas que padecen enfermedades mentales se les ofrezca una gama completa de servicios, se requiere un campo profesional diversificado. En muchos países el área de la atención de salud mental aún no lo ha obtenido, pero con una educación que se base en la competencia profesional diversificada, se podría llegar a ello. El objetivo es coordinar servicios interdisciplinarios y complementarios para evitar que a los individuos se los envíe como un “paquete” de un lado a otro dentro de un sistema de servicio fragmentado.

La salud mental es un término amplio que incluye también la prevención, y donde se focaliza la atención en aquellos factores que pueden impedir una buena salud. Las condiciones ambientales, sea en la sociedad en general como en el contexto de tratamiento, forman un área de gran relevancia para la salud mental, como también lo hacen las medidas disponibles para mejorar la autoestima del individuo. Es difícil de definir y refinar el concepto de salud mental, y por eso es importante que el profesional cuente con un anclaje sólido en su propia disciplina para poder contribuir a una disciplina común.

La atención en salud mental se ejerce en varios ámbitos y niveles. Algunas personas, a las cuales podemos llamar pacientes, usuarios o clientes, recibirán esta ayuda en sus propios hogares, mientras que otros recibirán la asistencia en instituciones altamente especializadas. El campo es vasto y algunos dirían que todavía está creciendo, por eso se debe de ofrecer una amplia gama de tratamientos y desarrollar una variedad de servicios de atención.

Muchos agentes en el campo tanto de organizaciones privadas como de organizaciones voluntarias contribuyen a la integración a todos los niveles. A nivel municipal, por ejemplo, se deben de brindar servicios a toda persona con trastornos mentales que necesitan de ella. Se debe hacer hincapié en que el usuario a través de sus propios recursos pueda mantener o aumentar el nivel de funcionamiento con el fin de dominar su propia situación de vida. Se debe trabajar para reducir la patologización y aumentar el desarrollo y pertenencia a ciertas redes sociales por parte de los pacientes. Que una persona sea discapacitada en una o más áreas, no significa que todas las otras áreas se encuentren afectadas por una enfermedad o que la discapacidad del paciente se manifieste en un 100 %.

Aristóteles distinguía entre tres tipos de pensamiento: praxis (acción), poesis (creación) y theoria (conocimiento), y relacionaba distintas virtudes o aptitudes a estas tres áreas. La virtud de la sabiduría se relacionaba con la praxis, el conocimiento con la poesis y el conocimiento con la teoría (Rønning 2004). Esto es digno de mencionar, dadas las necesidades de conocimiento y desarrollo en todas las áreas mencionadas dentro del nuevo campo profesional que implica el trabajo de salud mental. Particularmente, las prácticas se ven enfrentadas a grandes desafíos. El conocimiento y la tradición implícitas en el área de la psiquiatría no siempre son directamente transferibles a las medidas que están apareciendo en la nueva área de la salud mental, particularmente a nivel municipal. Es posible imaginar que el desarrollo de ambos – la teoría y la práctica – se llevará a cabo dentro de un contexto interdisciplinario, pero es igual de relevante que cada profesional desarrolle su disciplina específica o de base dentro de este campo profesional más amplio. También se torna de suma importancia la cooperación con los usuarios y sus allegados.

En Noruega se ha establecido una educación interdisciplinaria extra y complementaria en salud mental. Se subraya que los estudiantes en representación de los diferentes grupos profesionales, ya sea el asistente social, el enfermero, el ergoterapeuta u otros, contribuyan al conocimiento básico de sus propias disciplinas, como trabajador social. El punto de partida para una integración profesional común ha sido siempre la de promover servicios interdisciplinarios para personas con trastornos mentales. En cuanto a la prevención es importante también que aquellos que trabajan con la salud influyan y cooperen con los profesionales de sectores tales como el sector cultural, de planeamiento social, el sector educativo y entre otros.

2.3 Base ética

El término ética viene del griego ethos, que significa costumbre o uso. Simplificándolo se podría decir que la moral es la práctica, las acciones realizadas; y que la ética son las pautas que nos muestran “el camino”. La ética es una actividad profesional teórica donde es central la reflexión teórica sobre la moral (Johannessen et al. 2007). La ética individual abarca el desarrollo del carácter moral del individuo o sus obligaciones y responsabilidades, mientras que la ética social abarca las estructuras, los marcos sociales y los sistemas políticos. La ética social constituye, pues, las condiciones principales para las acciones individuales.

Según Sven Åge Christoffersen (1997), la ética es la hermenéutica, señalando que las cuestiones éticas se deben de trabajar desde una perspectiva hermenéutica. Un principio hermenéutico importante es que al igual que las partes no se puede entender sin una totalidad, tampoco se puede comprender la totalidad sin las partes.



La ética general es la parte de la ética también denominada la ética básica, mientras que la ética disciplinaria es la ética particular que se aplicará dentro de un área específica o una profesión determinada. La ética general es universal, y es donde se aclaran y discuten los principios y las reglas fundamentales. Hay una relación recíproca entre los dos tipos de ética. Las éticas disciplinarias presentan características particulares y específicas que pueden contribuir con nuevas perspectivas en cuanto a la ética general. Viendo la ética como la corona de una flor, la ética general es el centro de la flor, mientras que las éticas disciplinarias son sus pétalos. Como se ve en la figura 1, hay un alto grado de superposición entre la ética general y la ética disciplinaria. La ética general, o al menos partes de ella, serán comunes para

las distintas profesiones y los organismos involucrados. Al mismo tiempo, cada profesión y cada instancia estarán sometidas a su ética disciplinaria particular (los pétalos). Por ejemplo, dentro del área sanitaria y social, las normas y los deseos estatales sobre la organización de los servicios implicarán condiciones importantes para la ética disciplinaria, como también lo hacen la legislación que refiere a los servicios de salud y las sugerencias de la OMS. ¿La ética disciplinaria para el área sanitaria y social está incorporada en las normas éticas de cada profesión. Las pautas ético-profesionales son decisivas para el desarrollo de la práctica profesional en el ejercicio de cada área.

La ética de derechos está relacionada a la ética de las obligaciones. Cuando a alguien se le otorga ciertos derechos de reclamo hacia otros, se desencadenarán las correspondientes obligaciones del destinatario del reclamo, que en este caso son los servicios de salud y atención. Los derechos superiores están representados en la Declaración Universal de Derechos Humanos. También hay derechos que no corresponden tan claramente con obligaciones específicas ajenas. A los derechos que garantizan la libertad humana y la autodeterminación se les pueden llamar derechos de libertad. Estos también son importantes dentro del área de atención de la salud ya que en esta área se debe proteger la integridad del individuo, protegerlo contra posibles abusos, reducir el uso de la coerción y animar a la participación voluntaria (Johannessen et al. 2007).

Varios principios éticos han sido importantes en el trabajo ético en el campo de la salud. A estos principios se les pueden evaluar individualmente a partir la denominada ética de los cuatro principios, pero que actúan conjuntamente. La mencionada ética de los cuatro principios representa un intento de reunir a ciertos preceptos centrales que pueden ser importantes en diferentes tipos de ética y que deben de ser centrales en una filosofía moral orientada hacia el paciente:

- El principio de respeto por la autonomía
- El principio de no causar daño
- El principio de caridad
- El principio de justicia

(Johannessen et al. 2007 p. 167)

El principio de respeto por la autonomía refiere a la libertad suficiente por parte del individuo y que éste pueda realizar sus propias acciones en la vida. El principio de no causar daño es evidente e importante en toda profesión relacionada a la asistencia de salud y cuidados de la misma. Ahora, ¿este principio se lleva a cabo en la práctica?

El principio de la caridad implica que no es suficiente tratar al individuo como una persona autónoma y no causarle daño. El trabajador de la salud también tiene el deber de contribuir positivamente al bienestar del paciente y buscar lo mejor para él (el aspecto del propósito ético). No siempre es fácil de determinar lo que es mejor para el paciente, y muchos pacientes tampoco pueden expresarlo adecuadamente, lo que ellos mismos perciben como caridad.

El principio de justicia abarca la igualdad de trato, la distribución de beneficios y necesidades y el derecho a atención sanitaria mínima y decente. En una situación de cuidados médicos eso exige prudencia y flexibilidad, y no siempre es posible resolver todos los problemas por medio de la legislación o la ética profesional, o complicados formularios o modelos (Johannessen et al. 2007).

2.3.1 Requisitos organizativos

El tener los conocimientos actualizados es un desafío en un campo que, afortunadamente, se está desarrollando en varias direcciones. A fin de proporcionar servicios de salud de un alto nivel profesional, se hace necesario desarrollar y evaluar nuevos métodos constantemente, y para poder llevar a cabo esta meta, las entidades deben tener una actitud facilitadora para que los empleados puedan desarrollar y ampliar sus competencias profesionales. Todos los profesionales sanitarios deben de disponer del tiempo necesario para poder participar en debates académicos y para familiarizarse y discutir nuevos resultados de investigaciones. Los proyectos emprendidos en el campo de la práctica, deben incluir a varios profesionales, y se deben de tomar medidas para asegurar que todos tengan acceso a literatura específica y actualizada. Una cooperación más estrecha entre las instituciones educativas y los sistemas de tratamiento le puede proporcionar conocimientos importantes y un vasto desarrollo profesional a ambas partes implicadas.

2.3.2 Requirimientos hacia el profesional

En cuanto a la disponibilidad de los servicios algunas veces resulta fácil delegar la responsabilidad en el sistema. Sin embargo, se hace necesario también exigirle al profesional su

disponibilidad. En la interacción con el paciente el profesional debe ser consciente de que tiene la responsabilidad de estar disponible. La disponibilidad también se puede entender como la voluntad de compartir los recursos de cada uno, los conocimientos y las capacidades, estando disponibles al encuentro con los otros, estando presente también mentalmente y ser un interlocutor válido con el quien se pueda contar si es necesario.

«Se trata de una actitud de reconocimiento que debe estar integrada en el ayudante como persona» (Schibbye, 2002). En este caso no se trata de la habilidad de escuchar al otro, sino de la voluntad de escucharlo y dejarse influenciar por él.

Para que un tratamiento sea posible, no importa en qué eslabón de la cadena se encuentre, es fundamental que haya una confianza mutua entre el terapeuta y el paciente. Kjell Magne Håkonsen lo formula así:

Cuando un paciente a través del tiempo va desarrollando confianza en su terapeuta, esto da paso a una mayor discusión y una mejor elaboración y comprensión de los trastornos emocionales, cognitivos, conductuales y relacionales.

(Håkonsen 2000, p. 214)

Se hace necesario establecer cierta confianza para que se pueda desarrollar una apertura entre el paciente y su terapeuta. Hummelvoll (1988) hace hincapié en que esta apertura no se puede forzar, y señala que «la apertura es a la vez una actitud (de encuentro con el otro con la voluntad de entendimiento) y una consecuencia de la calidad de la relación (es decir, que se basa en una confianza mutua)» (Hummelvoll, 1988, p. 38). Afirma también que las meras ganas de ayudar que forman un telón de fondo para el profesional, no resultan suficientes. El profesional debe estar dispuesto a estar abierto. No en el sentido de que deba compartir sus propios problemas o cuestiones vitales, sino para crear nuevos espacios mentales donde pueda existir un intercambio y también dar y recibir de su propia realidad. Esto es particularmente importante en el trabajo en salud mental. Sin embargo, muchos de los que trabajan en el área, han visto que a sus propios conflictos no se les puede brindar la atención suficiente. Por lo tanto, es importante recordar que el profesional de la salud debe tener la oportunidad de buscar orientación para procesar sus propias reacciones racionales e irracionales para así

poder también tener contención en los momentos necesarios, es decir, en las situaciones de tratamiento e interacción con el paciente.

La diferencia entre el ámbito privado y el personal ha de ser una diferencia relevante a tener en cuenta por parte del profesional pudiendo así cumplir con las exigencias acerca de brindar una información relevante, necesaria, completa y sistemática exigidas por otras partes del servicio de salud.

Un dilema en cuanto a la información puede ser el secreto profesional. La falta de información a otras entidades o a los allegados, bajo el pretexto de que algo es confidencial, no es, por supuesto, una violación del secreto profesional. A la vez, si no se comunica una información importante, se puede llegar a considerar un abuso o una interpretación errónea de dicho secreto. Hay que tener en cuenta que el secreto profesional es una obligación del terapeuta para proteger al paciente, no para obstaculizar la cooperación con los demás profesionales y los allegados para así obtener los mayores beneficios para el paciente. En resumen, esto puede significar que se tenga que pedir el consentimiento del paciente para proporcionar información, por ejemplo a los allegados. En muchos casos puede suceder que el propio paciente querrá que sus padres, su cónyuge u otros allegados tengan la información. Sin embargo, en casos donde el paciente no quiere que los allegados obtengan cierta información acerca de su situación, tiene el derecho a decidir.

No obstante, al profesional esto no le exime de la obligación de proporcionarle a los allegados información general que sea independiente de la esfera privada del paciente. Puede haber información sobre los métodos de tratamiento, sobre cómo la enfermedad se manifiesta generalmente y sobre cómo se puede encontrar información sobre el trastorno. El secreto profesional tampoco debe ser un obstáculo para preguntar a los allegados acerca de cómo se encuentran en la situación.

Hay muchas historias acerca de cómo los familiares han encontrado las puertas cerradas y han sido rechazados cuando en la desesperación y ansiedad de un cónyuge, padre o hijo ha reunido el valor para concurrir a una institución de tratamiento. Hete aquí un desafío para enfermeros u otros profesionales del área: Es importante que los colegas se hagan preguntas de carácter reflexivo el uno al otro en el lugar de trabajo. En algunos casos puede ser muy demandante para los allegados tener que lidiar con sus familiares con trastornos mentales, y

terminan empleando más energía de la que realmente tienen. Una de las razones para tratar de responder a las necesidades de los allegados, es reforzarlos para que ellos luego puedan ayudar al paciente. Esto puede ayudar a los familiares a reencontrar su propia fuerza y tomar sus propias decisiones, como por ejemplo si deben seguir siendo los encargados del cuidado más próximo o ser parte de la red social del paciente junto con otras personas. No se le puede exigir a un allegado que de por vida se haga responsable por la salud y el bienestar del paciente. Hay que tener en cuenta que los familiares no sólo tienen que lidiar con el sufrimiento del paciente, sino también con el suyo propio. Necesitan atención, información y conocimiento para poder establecer buenos límites para el cuidado que brindan. No es que se les anime a que dejen de preocuparse por el paciente, pero también deben preocuparse por ellos mismos. Para ello, a veces precisan de ayuda especializada (Berg, 2004).

En Noruega tanto los pacientes como sus allegados han narrado en bastante detalle acerca de los encuentros difíciles con los servicios de salud donde ha sido necesario recordar que los usuarios tienen derecho a ser tratados con amabilidad. Algunos de los encuentros descritos pueden estar relacionados con una interpretación errónea del secreto profesional. Otro pensamiento recurrente por parte de los profesionales puede ser el de “nosotros sabemos más” – una actitud que resulta paternalista por parte del sistema.

Un acuerdo verdaderamente mutuo se forma entre el paciente y el profesional conjuntamente. Lamentablemente, muchos pacientes han experimentado que los acuerdos se rompen. Por ello, ha sido necesario también recordar que los requisitos generales de cumplimiento de su tarea también rigen para el profesional.

La historia nos cuenta que en el área de salud, incluyendo la psiquiatría, han surgido muchos conflictos entre los grupos de profesionales, cada uno luchando por sus dominios, con el resultado, de que en el mejor de los casos, se haya logrado una multi-disciplinariedad.

La vida a veces nos resulta complicada. Somos sujetos de influencia y capaces de influenciar a otros desde el nacimiento hasta la muerte en un proceso continuo. Afortunadamente, el ser humano puede vivir en este proceso sin ser consciente de él en todo momento. Sin embargo, a veces conviene detenerse y reflexionar sobre las relaciones en esta vida tan compleja. Esto no es menos importante para aquellos de nosotros que nos proponemos trabajar con la salud y el bienestar social de los demás.

2.4 El grupo meta

Sabemos que hay un gran número de personas con algún tipo de padecimiento mental que en cada momento estará necesitando de cuidados, apoyo, atención o tratamiento. Muchos de sus sufrimientos son ajenos a lo que los servicios psiquiátricos pueden o deben tratar. El concepto de padecimiento mental, tal y como se usa en este libro, se extiende mucho más allá de las condiciones que se pueden diagnosticar dentro del contexto de las enfermedades psiquiátricas. La propagación de las enfermedades mentales en América Latina, según la OMS:

Estadísticas y realidades

En Latinoamérica y el Caribe esta situación fue identificada por la información contenida en el Atlas de Salud Mental 2005, un esfuerzo de evaluación sin precedentes realizado por la OMS en la cual la Organización Panamericana de Salud y sus Estados Miembros también brindaron una gran colaboración.

De acuerdo al Atlas, en el año 2005 el 76 % de los países en 2005 poseen planes nacionales acerca de la salud mental. Esto, a decir del Dr. Rodríguez, es altamente significativo, ya que hace solamente 15 años estos planes eran inexistentes. “Para ambos, la OPS y los países, el verdadero desafío es implementar estos planes, ya que varias evaluaciones indican que actualmente poco menos de la mitad de los países de la región ya lo han realizado”.

El Atlas también indica que el 75 % de los países de América Latina y el Caribe poseen legislación sobre la salud mental. Sin embargo, el Dr. Rodríguez nos invita nuevamente a no tomarlo en sentido literal. “La pregunta que nos deberíamos hacer, es hasta qué punto esta legislación es parte de un cuerpo entero de leyes y en qué medida han sido alineadas con los estándares internacionales, y si estas leyes están siendo realmente puestas en práctica en los diferentes contextos”. Como lectura al respecto recomendamos:

<http://www.google.com/cse?cx=014283770845240200164%3Au1gn4jgd60u&q=statistics+in+mental+health&cof=FORID%3A0&ie=iso-8859-1&scope=on>

http://www.paho.org/English/DD/PIN/mentalhealth_002.htm

Es importante preguntarse qué tipo de sociedad queremos. Si queremos una buena salud mental para la mayor cantidad de personas, no hay duda de que el área se ve enfrentada a de-

safios en lo que tiene que ver con la planificación de nuevas medidas como en la supervisión de aquellas planeadas y destinadas a promover la salud mental.

En la segunda parte del libro se describen, a partir de una división médica, los trastornos mentales más comunes. También se describe cómo cada trastorno puede desarrollarse, y cómo el profesional pueda actuar respecto a ellos.

2.5 Diferentes enfoques para la salud mental y trastornos mentales

Dentro del trabajo de la salud mental hay una gran variedad de tradiciones de tratamientos, terapias y modelos. Hemos optado por presentar tres enfoques hacia el tratamiento: el de la medicina clásica, el psicoterapéutico y el psiquiátrico social. El primer enfoque se basa en una visión positivista del ser humano; el siguiente en una en una visión humanista. El humanismo está radicado en la antigüedad griega, y se fue desarrollando durante el Renacimiento hasta la psicología humanista con pioneros como Abraham Maslow y Carl Rogers. Los valores básicos son el valor propio, la igualdad y el respeto. Según Haugsgjerd et al. (1994), ésta es la base para el concepto que hoy en día se utiliza en el tratamiento: el reconocimiento, la aceptación, la elección, la independencia y la identidad.

Antes de presentar las diferentes perspectivas para trabajar con personas con trastornos mentales, hacemos hincapié en que estos son modelos en la práctica no se encuentran presentes en forma pura. No significando que los que trabajan con un modelo médico sean “inhumanos”, ni que aquellos que trabajan con otros modelos no se preocupan por la salud física y/o el cuerpo del paciente.

2.5.1 El enfoque de la medicina tradicional

Dentro del pensamiento médico científico se considera un padecimiento mental como una enfermedad. Se basa en una tradición científica positivista. En la tradición positivista la tesis básica es que la verdad se limita a lo positivamente demostrable.

Un profesional que pertenece a esta tradición, ¿cómo hace para acercarse a una persona que padece una enfermedad mental? En esta tradición al enfermo se le ve como un paciente, y es probable que el profesional le haga un exhaustivo examen médico psiquiátrico, empezando con una entrevista. Luego continuará con una serie de exámenes como análisis de sangre, radiografía, tomografía computarizada y pruebas neurológicas y psicológicas, y también obtendrá informes de los otros miembros del equipo médico, etc. A partir de esto, el profesional

llegará a un diagnóstico. Sobre esta base, también se puede dar un pronóstico, que arroja cierta luz acerca de las perspectivas en el futuro.

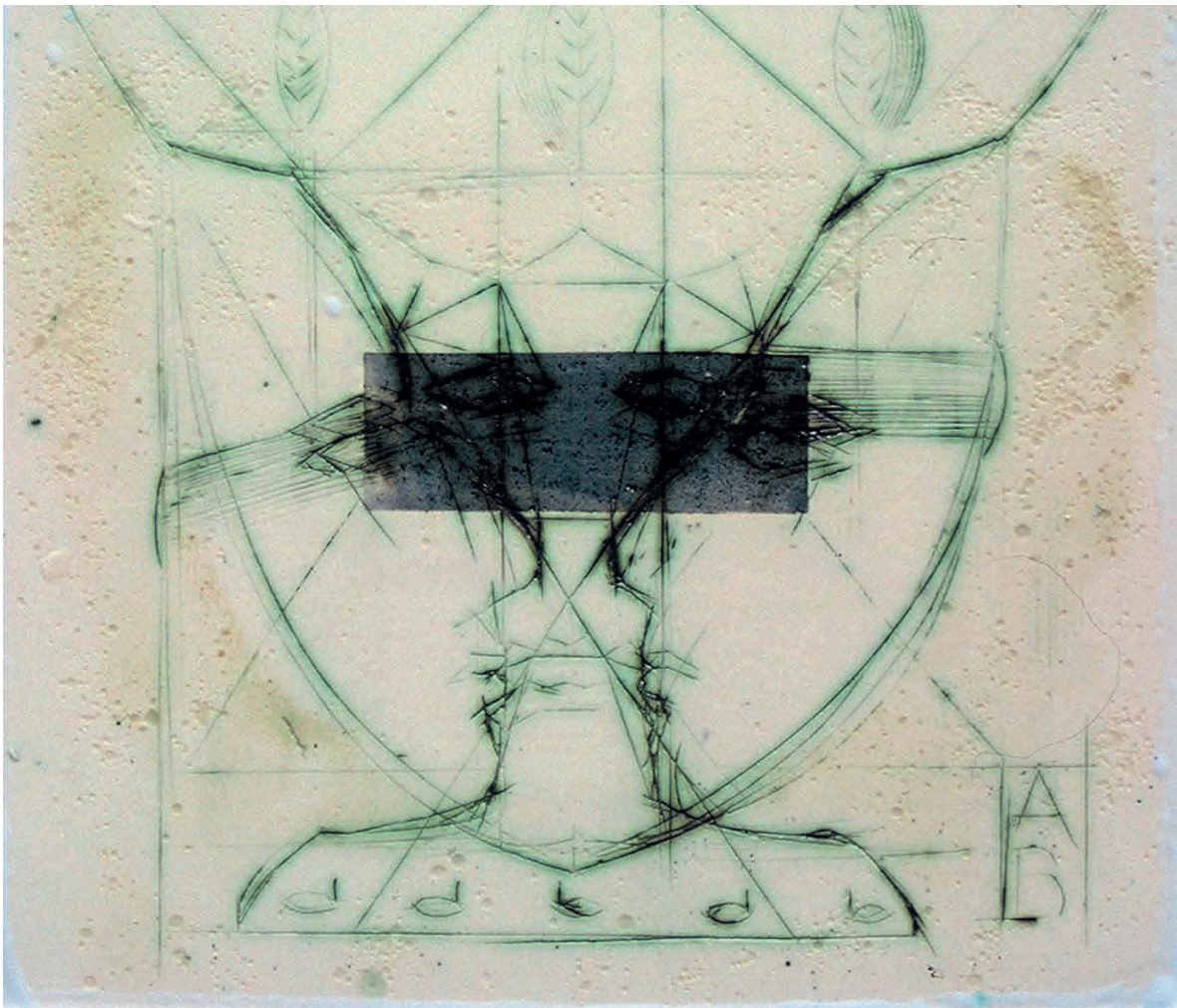
Cuando nos enfrentamos a una enfermedad física, como un ataque al corazón, el diagnóstico es poco controversial. Los ataques al corazón se pueden detectar a través de investigaciones como el electrocardiograma y los análisis de sangre. Ahora, para los trastornos mentales hay muy pocos criterios objetivos, si es que tales existiesen. La ansiedad y la psicosis no se pueden detectar a través de una simple prueba, pero el diagnóstico se basa en el que el médico llegue a una conclusión basándose en diálogos con el paciente y observaciones del mismo, además de los diferentes exámenes. La ansiedad es un estado emocional que la mayoría de nosotros experimentamos. ¿Cuándo es correcto decir que esto es enfermizo? Hoy en día se utilizan sistemas de diagnósticos como el CIE 10 o el DSM-IV, donde la intención es basarse en un conjunto de criterios aceptados para cada diagnóstico. Véase la sección 9.1.

Generalmente, el tratamiento se asocia con uno o varios fármacos en combinación con una terapia de diálogo. La psiquiatría médica se basa en que hay algunos defectos bioquímicos en el cuerpo / el sistema nervioso que a través de una medicación se pueden equilibrar. Una serie de resultados de distintas investigaciones realizadas en el curso de los últimos años apoyan esta forma de explicar las enfermedades psiquiátricas (Hynnekleiv, 2004).

Un ejemplo de tal investigación es un amplio estudio que muestra la relación entre el lóbulo temporal derecho, el aumento del tamaño de los ventrículos laterales y la esquizofrenia (Cullberg, 2000). También en el área de la investigación genética se trata de encontrar conexiones posibles con trastornos mentales. La psiquiatría orgánica busca las explicaciones en el organismo humano y dirige sus acciones hacia ella. La investigación neurológica está en algunos casos estrechamente vinculada a la psiquiatría y en algunos casos trabaja junto con ella (Værøy y Værøy, 2004).

La investigación en farmacología ha contribuido al desarrollo de nuevos fármacos con significativo descenso de efectos colaterales. En los últimos años el desarrollo de nuevos anti-depresivos (denominados ISRS – inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina) son un buen ejemplo a este respecto. Detrás de este desarrollo existe una vasta investigación sobre la función del neurotransmisor (substancia transmisora) llamado serotonina. Estos medicamentos actúan más rápido, tienen menos efectos secundarios y son menos tóxicos que

la generación anterior de antidepresivos. Por lo tanto, se puede prescribir a un grupo mayor de pacientes que antes. Esto ha llevado a que este grupo de fármacos se encuentra entre los que se prescriben con mayor frecuencia. No obstante, han habido informes indicando que hay que ser cautelosos al usar los ISRS, específicamente en cuanto a usuarios con ideas de suicidio, en particular con pacientes jóvenes (Brent, 2005). Un desarrollo similar también se ha visto en lo que respecta a los medicamentos utilizados en la psicosis. También hay nuevos medicamentos que son de mayor especificidad y tienen muchos menos efectos secundarios que los neurolepticos anteriores. Puede significar un gran peligro asociar los neurolepticos con la ingesta de alcohol y que los mismos usuarios mezclen los medicamentos que toman. Otro problema puede ser el acceso a los fármacos. Si un paciente está medicado con una medicación que le funciona bien, puede causar dificultades si la próxima vez dicho remedio no se encuentra disponible en la farmacia.



Un argumento en contra de aquellos que critican el uso de drogas recae en el cuestionamiento de si resulta prudente que algunas personas tengan que luchar durante meses y años contra padecimientos que requieren terapia (del tipo orientado hacia la introspección) cuando se les podría haber proporcionado una asistencia más rápida y menos dolorosa a través de la ingestión diaria de una píldora. Probablemente no hay una sola respuesta a este tema tan complejo e individual. A la mayoría de nosotros nos gusta recuperarnos rápidamente. Si lo podemos lograr a través de una droga, es difícil ver que el argumento de estas críticas sea profesionalmente válido y éticamente justificable. A la vez sabemos que el tratamiento médico de algunas enfermedades mentales a menudo es un tratamiento del síntoma y no de la causa. En casos como el que se describe arriba, se puede tratar de ubicar la causa que genera que el nivel de serotonina sea bajo o bajara. En otras palabras, el clásico debate sobre el huevo o la gallina. Por esto, muchos profesionales, también dentro del pensamiento científico, dirán que las drogas son sólo una parte del tratamiento. La medicación puede facilitar que el paciente proceda a otras formas de terapia que le ayudan a enfrentar los aspectos de su vida que pueden contribuir a la cura de la enfermedad. En algunos casos, el uso de psicofármacos es decisivo para que el paciente pueda empezar con ello, y sacar provecho de otras formas de terapia más orientadas hacia la introspección. Es muy raro que el tratamiento farmacológico sea el único tratamiento.

Los críticos del enfoque médico clásico dirán que la enfermedad mental se reduce a un defecto bioquímico y que al paciente en esta situación le priva de responsabilizarse por su propia vida. Dirían también que el uso de drogas le impide al individuo un crítico análisis de su propia vida y su forma de vivir y le imposibilita transformar el sufrimiento en una fuente de desarrollo y aprendizaje, y que los pacientes terminan siendo consumidores de servicios médicos más que actores responsables de sus propias vidas. Algunos incluso van aún más lejos en sus apreciaciones y dicen que estamos siendo manipulados por una industria farmacéutica cada vez mayor, involucrando grandes fuerzas del capital. La industria farmacéutica es una de las áreas industriales más poderosas del mundo. Algunas de las críticas se pueden resumir en el proverbio de Piet Hein: “No existe una píldora sola contra todo lo que es malo.”

2.5.2 El enfoque psicodinámico

La base de la otra tradición científica es la ciencia espiritual. Aquí está la psicoterapia, que busca las explicaciones en la vida interna (espiritual) del hombre, y que a través del tratamiento intenta ayudar al individuo para que comprenda sus propias experiencias de vida y

sus emociones. La terapia psicodinámica utiliza sobre todo el diálogo como tratamiento, pero combinando ésta cada vez más con diversas formas de terapia expresiva.

Dentro de la psiquiatría el tratamiento más conocido tal vez sea el psicoanálisis, desarrollado por el médico Sigmund Freud a principios del siglo pasado. Freud quería desarrollar un modelo de tratamiento de los trastornos mentales que se asemejara a las terapias somáticas, e introdujo los conceptos de las estructuras intrapsíquicas: ello, ego (yo) y el superyó. Freud sostuvo que el hombre se impulsa principalmente por dos instintos – eros y thanatos – el amor y la muerte. A pesar de que estos conceptos posteriormente hayan sido criticados por ser especulativos y más allá de la verificabilidad empírica, la teoría de Freud ha ganado importancia en el mundo occidental. El psicoanálisis en su forma original exigía de mucho tiempo y tampoco se podía utilizar con todos los pacientes. Sin embargo, el pensamiento de Freud y los conceptos formulados por él han dado lugar a una rica variedad de nuevas teorías y procedimientos terapéuticos.

Antes de continuar habría que señalar que hoy en día se plantean dudas si el psicoanálisis y las teorías posteriores relacionadas a él deben de pertenecer a la tradición científica. La mayoría pensará que no lo hacen, a pesar de lo que Freud así lo insistiera. Se utiliza el término de psicodinámica como un término colectivo para englobar todas las teorías que han surgido como consecuencia de las enseñanzas de Freud. La suposición básica de la psicodinámica es que lo que nos pasa en una etapa temprana de la vida, nos va a afectar en las fases posteriores. Lo que vivimos en la infancia, influye fuertemente en la forma en que vivimos nuestras vidas de adultos. Un niño que crece en una familia con una comunicación difusa y difícil de comprender, podrá desarrollar una mayor vulnerabilidad o una predisposición hacia el desarrollo de enfermedades mentales cuando de adulto se ve enfrentado a desafíos con los cuales no sabe o puede lidiar. Este tipo de pensamiento está detrás del desarrollo de las teorías de Erikson, Stern y Piaget, y su psicoterapia se basa más en la autopsicología (Hartmann, 2000).

El pensamiento psicodinámico hace hincapié en la interacción comunicativa que se produce entre las personas en la vida cotidiana y que bajo ciertas condiciones adversas puede ser la base de una enfermedad mental. La comunicación en este contexto se debe entender como mucho más que la palabra hablada. El acoso durante cierto tiempo, la intimidación, la pérdida y el estrés son ejemplos de acontecimientos o situaciones que pueden desencadenar el trastorno / la enfermedad en algunos de nosotros. En ciertos períodos de la vida los individuos

somos capaces de aparentemente tolerar mucho, otras veces, o en otras áreas de la vida somos más vulnerables e influimos o somos influidos por los demás. Aquí está el riesgo de desarrollar una enfermedad, pero también es donde se encuentra la fuente del cambio y el desarrollo. Esto demuestra que cada individuo en cierta medida debe ser consciente de su sufrimiento, estar dispuesto y motivado para cambiar y tener los requisitos necesarios para la comprensión de su propia psique. Muchos de los tratamientos que actualmente se utilizan en forma de terapia individual o grupal, están basados en estos supuestos. Al ayudar al individuo a un mayor conocimiento de sí mismo y facilitando el cambio en las condiciones externas de la vida, el terapeuta espera realizar un cambio para la mejora de su vida interna. Esto a su vez podrá dar lugar a acciones nuevas y menos conflictivas o estrategias de manejo más productivas.

Sobre la base de este pensamiento ha surgido una serie de modelos y métodos en el área profesional. Aparte de la terapia individual tienen también sus orígenes aquí la terapia grupal y la terapia de entorno. El modelo existencial, que no está tan lejos del pensamiento psicodinámico, es la orientación hermenéutica. Se trata esencialmente de una comprensión filosófica, y sólo en los últimos años ha ganado acceso en el área de salud mental. La palabra hermenéutica significa interpretación, y se asoció inicialmente con la interpretación de textos literarios. Dentro de la orientación hermenéutica en el área de salud mental la terapia más conocida es la terapia existencial. Aquí se hace hincapié en el encuentro entre dos individuos que se consideran iguales, y el contexto es la situación de “aquí y ahora”.

Conceptos centrales son el contexto y el entendimiento previo compartido. El terapeuta intenta comprender las condiciones de vida externas del paciente y trabaja enfrentando sus propios sentimientos hacia el paciente. Comparado con otras orientaciones terapéuticas, en este tipo de terapia el terapeuta no es en la misma medida experto en enfermedades. Al poner énfasis en el establecimiento de una relación de confianza, con el tiempo se desarrolla una estrecha relación entre los dos involucrados. En un enfoque abierto y no de condena hacia el paciente, éste por sus propios medios encontrará nuevas y supuestamente mejores estrategias de supervivencia. Vivirá más de acuerdo con sus propios valores. Algunos dirían que vivirá con mayor autenticidad (Yalom, 1997).

2.5.3 El enfoque de la psiquiatría social

Al tratar de obtener una visión general de las relaciones sociales, puede ser conveniente utilizar algún tipo de modelo teórico. Teniendo al usuario/paciente como punto de partida

tenemos aquí un ejemplo de un modelo de comprensión que se basa en un entendimiento teórico sistemático. Se eligió la perspectiva sistémica entre otras razones porque el pensamiento de redes en gran parte se basa en ella. La psiquiatría social se refiere principalmente a la interacción del individuo con su entorno. El tratamiento psiquiátrico social puede ser aquel que involucra al entorno o medio del paciente, promueve la creación de redes y la terapia familiar, entre otros.

En la salud mental de hoy se enfatiza la combinación de las tres direcciones psiquiátricas principales. Muy a menudo es deseable combinarlas con una terapia médica de corte más clásico, diversas formas de terapia de diálogo e intervenciones sociales.

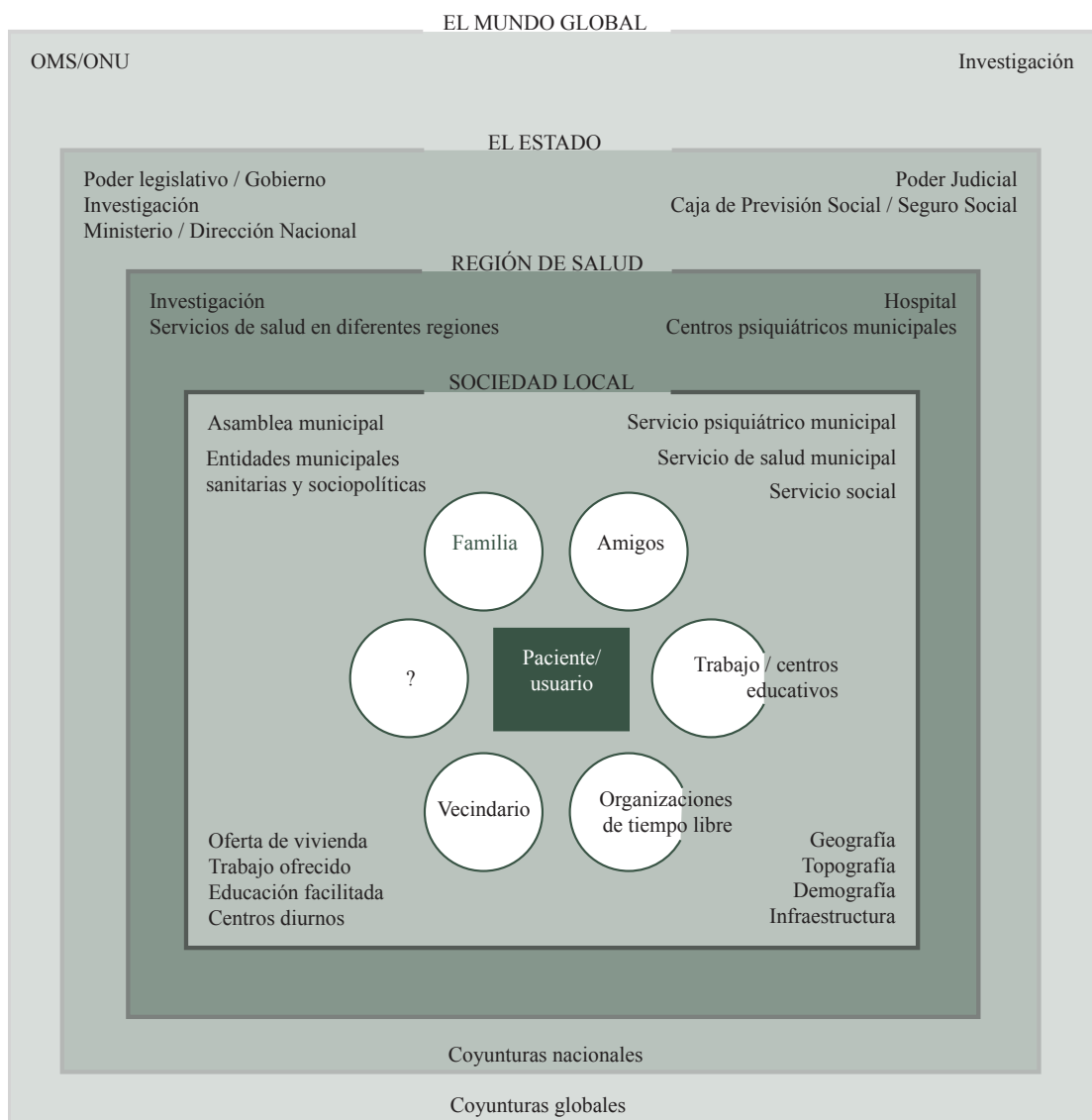


Figura 2 Un modelo sistémico donde el individuo se ubica en el centro (basado en Skjørshammer et al. 1997).

Como un paciente o usuario pueda gestionar sus necesidades de asistencia, dependerá, además de sus recursos propios e inherentes, de su relación con los familiares y amigos, lo que a menudo llamamos la red social próxima. Los integrantes de esta red: ¿Son de apoyo o de desdén para el paciente, lo sobreprotegen o tienen exigencias que no es capaz de cumplir? ¿Qué recursos pueden representar para la situación actual del paciente? ¿Son muchos o pocos estos recursos? También influye la cercanía de la red social – si está geográficamente cerca o más lejos. En nuestra cultura la educación y el empleo son importantes en el desarrollo de la autoestima y la identidad. Aparte, el trabajo es la base económica para una vida independiente. ¿Cómo es el acceso a la educación y el trabajo donde vive el usuario? En el caso de que tenga necesidades especiales, ¿qué hace la municipalidad para ofrecérselas?. ¿Qué prioridades políticas se tienen a nivel local? ¿Y cuáles son las condiciones básicas ofrecidas a la municipalidad por parte de las autoridades centrales? La legislación también afectará la vida cotidiana del usuario. Puede ser crucial para los servicios que se brindan, para sus condiciones económicas y para la definición de las responsabilidades dentro de los diversos servicios públicos.

Desde un punto de vista teórico sistemático, se puede decir que el cambio en una parte del sistema generará cambios en el resto de las partes. Muchas veces el desafío es entender el sistema y sus diferentes componentes. El modelo de arriba (figura 2) puede proporcionar una visión general y puede servir también para reflexionar sobre cómo los diferentes componentes se pueden influir y afectar entre sí.

En el esquema arriba se destaca la responsabilidad de la comunidad local para con las personas con trastornos mentales, y la presión sobre los servicios de salud municipales para que éstos proporcionen vivienda, ocio, trabajo y otras medidas se basa en la visión que se expresa a través de este modelo esquemático.

2.6 Servicios integrados

Acabamos de mencionar tres enfoques que se pueden utilizar en la comprensión de la enfermedad mental. Hoy en día hay muchos más, todos con métodos terapéuticos asociados. Algunos terapeutas se declararán, y con mucho énfasis, eclécticos. Un psiquiatra sueco muy conocido, Johan Cullberg (2005), habla de una perspectiva holística y que el área se está moviendo hacia un modelo de psicosis bio-psico-social. Esto significa que se combinan el conocimiento y las maneras de pensar de diferentes modelos para que se pueda ofrecer un

tratamiento o tomar medidas desde varios ángulos. Ahora, añade Cullberg, hay que reconocer que aún falta mucho para alcanzar este conocimiento tan completo.

Toda experiencia demuestra que es importante que el propio terapeuta tenga fe en el tratamiento. Un paciente que se somete a un tratamiento, encontrará diferentes ángulos y entendimientos del sufrimiento y la enfermedad por parte de su terapeuta. Al familiarizarse con los diferentes puntos de vista, el mismo paciente puede participar de la elección del tratamiento.

Desde una perspectiva investigativa no es fácil de comprobar que ciertos procedimientos terapéuticos sean más eficaces que otros, pero sabemos que el tratamiento debe ser individualizado. Y sabemos, teniendo como punto de partida la investigación, que la calidad de la relación entre el paciente y el terapeuta es decisiva. Al igual que en la mayoría de los otros campos terapéuticos, aquí también será útil tratar de ver al individuo en su contexto de vida (perspectiva holística). Ningún individuo es una isla. Vivimos en una relación con el mundo, nos guste o no.

Cada tanto se señala, también por parte de las autoridades noruegas, lo importante que es estar al día en cuanto a las terapias que se han comprobado como efectivas para que los pacientes obtengan la mejor oferta disponible. Se han establecido centros de capacitación para ayudar a proporcionar información sobre lo que se conoce como “la práctica basada en el conocimiento o basada en la evidencia”. En muchos círculos consideran que este tipo de práctica tiene un alto estándar científico. Sin embargo, en los círculos profesionales se debate si esta forma de pensar se puede convertir en norma para todas las áreas de la práctica. Según este estándar, algunas áreas dentro de la salud mental serán difíciles de explorar, y habría áreas en las que debemos confiar en nuestro juicio clínico. La alegría y la tristeza son difíciles de medir. Ahora, si las consecuencias de ellas son por ejemplo una depresión, sí se puede determinar el grado de ésta, lo que de por sí no significa que el dolor desaparezca. Aquí los principiantes podrán apoyarse en sus colegas con amplia experiencia clínica.

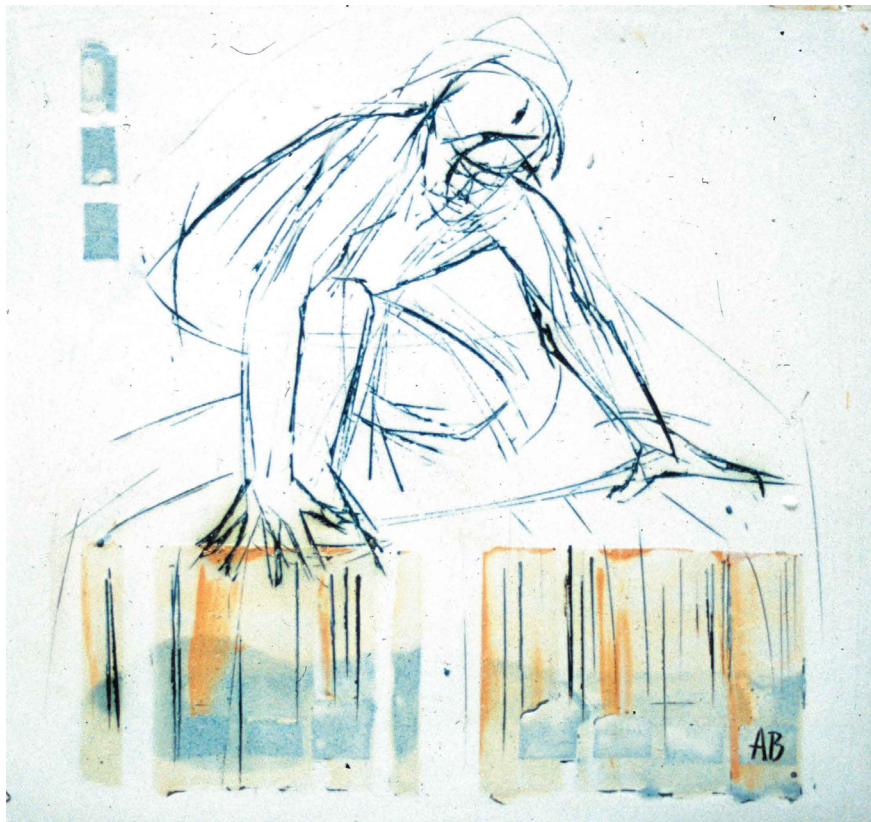
2.7 La cooperación interdisciplinaria y la coordinación

La interdisciplinariedad no significa que todos los colegas deban poder realizar el mismo trabajo. Sino que utilizando una base común de conocimientos sobre las enfermedades mentales se obtendrá una mayor comprensión del campo profesional de las distintas profesiones. Esto resulta importante para reducir la “batalla” profesional y difundir el conocimiento sobre los

trastornos mentales. El beneficio final es que cada vez más profesionales serán capaces de proporcionar un tratamiento y una atención mejor y más personalizada a pacientes más vulnerables y menos privilegiados, como lo son los pacientes padeciendo enfermedades mentales.

Ahora, ¿qué implica la interdisciplinariedad? ¿Es un criterio suficiente para que un encuentro sea interdisciplinario que involucre dos o más profesiones? El concepto consta de dos partes. "Inter" es la parte más fácil de definir – significa "entre varios". "Disciplinario" se refiere a una "disciplina", y puede ser un término más escurridizo a la hora de definirlo. Para muchos, el término "disciplinario" significa "profesional".

Cuando, por ejemplo, una enfermera, un ergoterapeuta y un asistente social trabajan en conjunto, el marco es interdisciplinario.



Todo trabajador social y de la salud argumentará que trabaja con una visión holística del ser humano. Esto está consagrado en los distintos programas educativos y se afirma en las pautas éticas profesionales. Hipócrates (aprox. 460–377 a.C.) se basaba en un tipo de visión holística en la comprensión de la salud y la enfermedad. Según Hipócrates, el cuerpo humano contenía cuatro fluidos corporales. El equilibrio recíproco de estos fluidos brindaba salud, mientras que el desequilibrio causaba enfermedad. Cuando los profesionales del área de salud y social de hoy dicen trabajar con un enfoque holístico, o sea, que utilizan la globalidad como un modelo explicatorio, significa que ven al hombre como un individuo físico, mental y social y que los tres componentes se complementan e influyen mutuamente.

Con el fin de poder realizar una colaboración interdisciplinaria es necesario que cada uno de los integrantes confíe en su rol profesional. Una identidad profesional propia es la base de la cooperación profesional conjunta, y ésta se obtiene mediante la educación y la práctica. Según Lundstøl, “una disciplina es un ‘área definida’, por ejemplo una parte delimitada de una totalidad mayor” (Lundstøl 1992), mientras que Lauvås (1987) proporciona un ejemplo en el que se refiere a que el área profesional del asistente social está compuesta por la sociología, la psicología, métodos de trabajo social, derecho, administración, tramitación, etc – el área global se compone de varios áreas individuales.

Lo mismo se ve en otras disciplinas sociales y de la salud. Las características de una disciplina es que las combinaciones del ámbito de aplicación, la metodología, los criterios de verificación y la tecnología forman la base de conocimientos y que juntos se pueden definir como una disciplina (Lauvas 1987).

Un requisito previo para una buena cooperación interdisciplinaria entre diferentes grupos profesionales es que sus representantes conozcan las experiencias profesionales ajenas. Resulta casi increíble cómo los mitos sobre el personal de la salud y los trabajadores sociales están presentes incluso para los profesionales de hoy. Al parecer, todavía hay muchos que creen que los enfermeros continúan actuando sólo por el paciente – no en cooperación con el mismo o impulsándolos al autocuidado y la autonomía. Aún se cree que el asistente social no hace nada aparte de repartir dinero. No deberíamos quizás recibir a las nuevas generaciones antes de acabar con estos mitos, sino esperar que los profesionales de hoy tengan la comprensión y el respeto suficientes para con sus colegas para que se pueda salir adelante en una cooperación armonizada por el bien de todos.

Un criterio importante en un enfoque multidisciplinario es que los diversos grupos profesionales tengan un objetivo común donde la suma de las competencias y los saberes sea necesaria para la adquisición de los objetivos deseados. Una forma posible de referirse a ellos es que en la colaboración interdisciplinaria la interacción genera nuevos conocimientos.

Hemos mencionado que un importante incentivo para aumentar la competencia como experticia sería un incremento en la investigación interdisciplinaria. En la disciplina de la salud mental el hacer hincapié en un enfoque interdisciplinario es a la vez un requerimiento explícito y un requisito previo para proporcionar buenos servicios.

Pero, ¿qué significa la interdisciplinariedad?

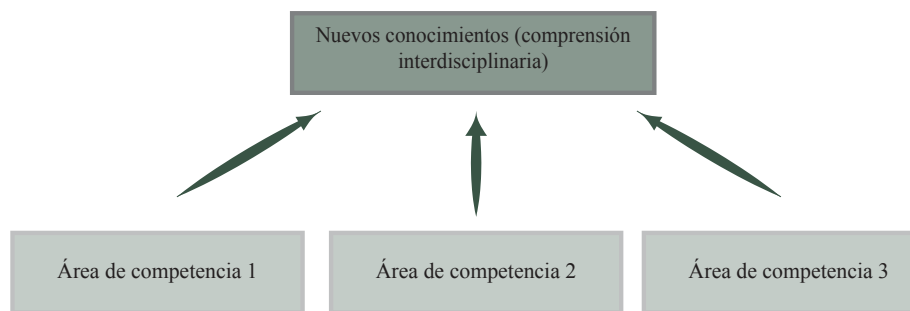


Figura 3 *Comprensión interdisciplinaria.*

La interdisciplinariedad en la academia abarca las actividades de investigación donde se integran teorías y modelos de diferentes disciplinas y el resultado es una síntesis. Por lo tanto, el producto final debe ser algo más que la suma de las disciplinas involucradas en el proyecto. Un enfoque un poco más 'medido' sería el multidisciplinario – aquí también se integran diferentes anclajes disciplinarios como punto de partida, pero sin combinarlos en un producto global sintetizado. En su lugar, cada una de las contribuciones profesionales mantienen su perspectiva distinta, y la suma de los productos profesionales compone la multidisciplinariedad.

(Helle-Valle, 2000)

Partiendo de una comprensión de la interdisciplinariedad como la que acabamos de describir, aparentemente varios de los eslabones de la cadena de tratamientos ofrecen una asistencia multidisciplinaria. Para que se pueda aprovechar las contribuciones de cada una de los profesionales, debe haber un espacio para el desacuerdo y la discusión profesional. Es esencial que se trabaje hacia un objetivo común elaborado por o con aquel que necesita ayuda. Aanderaa (1999) discute las características necesarias para que un equipo funcione bien, subrayando que por parte del personal debe haber sobre un deseo de que el paciente tenga una vida mejor. “Si falta un interés y un amor fundamental, es difícil desarrollar un clima que ofrezca oportunidades de crecimiento para los pacientes y el personal” (Aanderaa de 1999, p. 93). Es de esperar que el conocimiento de los saberes y la experiencia de los otros pueda reducir el riesgo de conflictos y hacer que los servicios se perciban como coherentes y coordinados.

En la parte II se discutirá la relación entre el profesional y el paciente. En este contexto quisiéramos subrayar que los asistentes para ser buenos profesionales también deben dedicar tiempo al trabajo relacional dentro del equipo. Aanderaa (1999) lo ilustra con su “piedra multifacetada”:

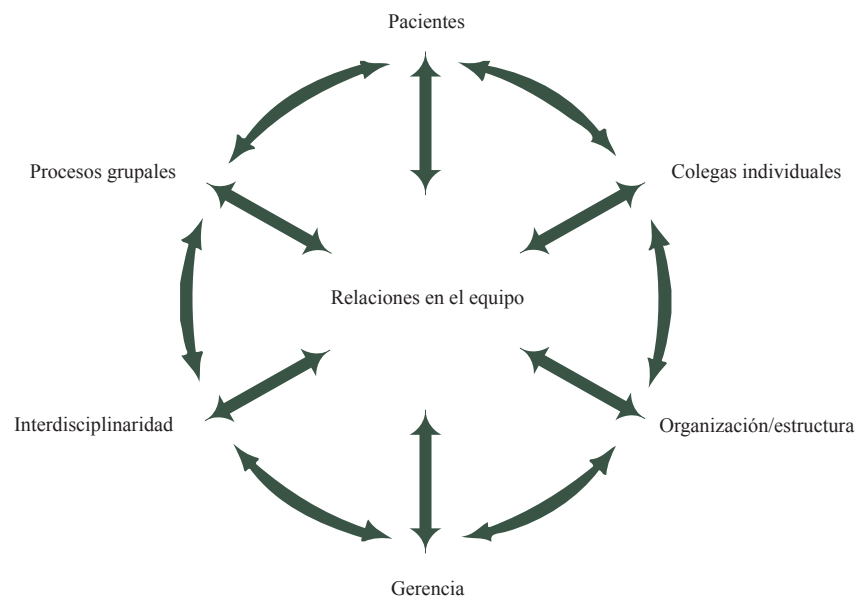


Figura 4 «La piedra multifacetada relacional. La realidad nunca se puede ilustrar en toda su diversidad. La figura sólo puede indicar las interacciones que suceden a lo largo y a lo ancho de toda relación. Para que la figura sea lo suficientemente clara y entendible, aquí sólo se han incluido algunas de las posibles líneas relacionales» (Aanderaa 1999, página 15).

Para lograr una buena coordinación de los servicios, es necesario que los participantes conozcan la experiencia de los otros, que haya una confianza mutua y que muestren respeto y tolerancia antes de pasar al trabajo activo conjunto. Desafortunadamente todavía hay ejemplos de que el trabajo con el paciente no está coordinado y que en los grupos profesionales cada uno tiene sus propios planes para el mismo paciente, en un mismo lapso de tiempo, situación que en vez de facilitar un buen proceso profesional lo obstaculiza. Hacemos hincapié en esto para que se tenga conciencia de dicho riesgo y de este modo se faciliten e implementen ofertas de mejor calidad.

Dentro de cada disciplina se utiliza a menudo la colaboración interdisciplinaria en las tareas que se deben de realizar entre los diferentes niveles del servicio sanitario, y en el lenguaje cotidiano muchas veces se mezclan los términos como “sector”, “nivel”, “disciplina” y “área”. Lo fundamental es que haya una cooperación, y se hace necesario estar consciente de que lleva su tiempo desarrollarla. Se debe destacar la importancia de que, en lo posible, el usuario participe en el desarrollo de la coordinación de servicios. Un entrenador de fútbol muy conocido utiliza la frase “jugarnos mejores los unos a los otros”. Justamente el “juego en equipo” es el propósito final de una colaboración interdisciplinaria, para el bien de los pacientes y sus allegados.

2.8 Ejercicios de reflexión, capítulo 2

- ¿Qué significa la autonomía en Nicaragua?
¿Implica el consentimiento del paciente para que se le haga un tratamiento?

- La información de salud se define como un tema importante. Reflexiona sobre lo que se necesita y lo que es suficiente.

- ¿Cómo se puede ayudar a mejorar las condiciones dentro del área de la salud mental?

- ¿Qué impacto puede tener cuando no se consideran lo suficiente los aspectos culturales?



PARTE II
LOS TRASTORNOS



3

UNA APERTURA HACIA EL CAMBIO

La palabra paciente deriva del término latino *patio*, que significa sufrir o soportar. En el presente libro no diferenciaremos entre los conceptos de “paciente”, “atormentado” o “padeciendo de un sufrimiento psíquico” porque, según nuestra experiencia, la gente sufre cuando falla la salud mental. Según Skårderud, Haugsgjerd y Stänicke (2010), el cuerpo es nuestra primera herramienta para experimentar y comprender, y la mente está inseparablemente ligada a él. Nuestra relación con los demás es también física. Constantemente somos vistos y evaluados por los demás. Al querer abrirnos hacia un cambio, entramos en un camino donde vamos a compartir nuestro ser más profundo con los que nos rodean. Como ayudantes intentaremos acercarnos a la percepción del paciente de su propia historia, su experiencia de los acontecimientos de la vida y su propia cultura. Al comienzo de una relación terapéutica hay que tener en cuenta que estas percepciones son subjetivas.

El experimentar que la vida interior de uno está a punto de caer en un caos complejo e incomprendible, es doloroso, y resulta una situación difícil de llevar. Puede que dicha experiencia sea una de las peores en la vida humana. Justo cuando más necesitamos de un yo interno estable, nos falla. Para muchos el padecer de un sufrimiento psíquico es como perder una parte de uno mismo. Algunos lo han descrito como un terremoto interno, o como una pesadilla en un estado despierto. La seguridad interior y confianza en uno mismo se encuentran sacudidas. Cuando la ansiedad y el engaño por parte de nuestros sentidos forman parte de la vida cotidiana, ¿qué nos queda entonces que sea estable y confiable? ¿A qué se puede recurrir en una situación tan confusa? ¿En qué y en quién se puede confiar?

En una situación así, uno como individuo pasa de estar en un estado de salud percibido como normal y estable, a una posición de enfermo, de alguna u otra manera. El concepto de salud y enfermedad dentro de la psiquiatría y la salud mental no son tan fáciles de definir como en el ámbito de las enfermedades físicas (véase parte I).

Un aspecto es la experiencia subjetiva de la enfermedad, incluyendo la percepción personal del afligido acerca de las causas, el miedo a las consecuencias, las expectativas de tratamiento, etc., otro la terminología relacionada al trastorno. Esta dicotomía se refleja en los

conalguien de afuera, por lo general familiares o amigos, con las mejores intenciones sugieren que necesitamos un tratamiento para algo que no percibimos como anormal. Sabemos que la hospitalización forzada en muchos casos es muy traumática y si no se realiza de una manera respetuosa, se puede percibir como un ultraje. Muchas personas no logran ver el lado positivo de una hospitalización psiquiátrica, sobre todo si ha sido forzada. Ser tratado en contra de la voluntad de uno es difícil para el paciente, y también para el terapeuta, por lo que hemos decidido examinar esto con mayor amplitud más adelante en el libro. Un paciente cuenta sobre su experiencia en un hospital:

Aquí todos tienen el derecho a decidir sobre mí. Personas que no me conocen, y que yo no conozco. Personas más jóvenes que yo, personas con menos formación que yo. Todos tienen poder sobre mí, todos tienen derecho a saber acerca de mis asuntos más íntimos y personales. En la lista de los que deciden sobre mi vida, ocupó el último lugar

(Skau 1992, p. 49).

Cuando la experiencia de la hospitalización es así, es un obstáculo para que se establezca una relación buena y fructífera entre el paciente y el terapeuta – hasta podríamos preguntarnos si tiene sentido alguno continuar la permanencia en el lugar. Como se mencionó en la parte I, sabemos con razonable certeza que el resultado de un tratamiento de una persona padeciendo trastornos mentales dependerá de la calidad de la relación entre ella y su terapeuta. Hete aquí un gran desafío para todos los que trabajan con este grupo de pacientes, tratar de establecer una relación que sea buena y terapéutica a la vez. Puede parecer paradójico que no siempre sean dos caras de una misma moneda. En una relación terapéutica la confianza y la seguridad son elementos fundamentales, pero también puede haber cierta tensión, lo que significa que a un terapeuta profesional se le exija algo más que en una relación de amigos para que también pueda haber cierto desarrollo. El paciente necesita tanto de atención cordial como de ayuda para resolver sus problemas existenciales (Lindstrøm 2003, Karlsson 2004). Esto significa que el terapeuta muy a menudo tiene que trabajar con emociones difíciles y desagradables y situaciones que requieren una distancia hacia la dificultad. Esto no siempre es posible en una relación de amigos. Trabajar con trastornos mentales exige antes que nada poseer capacidades relacionales. En el encuentro con el otro siempre habrá muchas cosas que no se dejan comprender o categorizar. Ser un experto implica también conocer las limitaciones de

la pericia profesional (Skårderud, Haugsgjerd y Stänicke 2010).

Un elemento importante del tratamiento es que el paciente tenga cierta motivación para querer enfrentarse a la situación en la cual se encuentra. Un tratamiento inevitablemente implicará cambios, pero un cambio duradero no se obtiene sin la aprobación y consentimiento del paciente. Una estancia prolongada en una institución bajo condiciones tales como las que describe el paciente arriba, sólo será de utilidad terapéutica si es para proteger el paciente contra potenciales riesgos y prevenir una pérdida de vida.

Felizmente, muchos también sienten que una estancia en una institución psiquiátrica ha sido de ayuda. A veces resulta positivo cambiar de ambiente.

El hecho es que el hospital fue mi salvación, y paradójicamente fue aquí – en este edificio austero, con sus puertas con rejas trancadas con llave y sus corredores pintados de un triste color verde, mientras las ambulancias se hacían sentir día y noche diez pisos más abajo de donde estaba yo que encontré la paz que había perdido en mi casa de campo tan tranquila, y finalmente sentí que la tormenta en mi cerebro se apaciguaba.

Ahora el hospital también te da un shock leve y extrañamente bienvenido cuando de repente todo se vuelve estable. Desde los alrededores habituales en el hogar de uno, todo marcado por la ansiedad y el conflicto, te encuentras trasladado a un encierro ordenado y bien intencionado, donde no se te exige nada más aparte de que te recuperes. Para mí, los remedios reales fueron el aislamiento y el tiempo.

(Styron 1991, pp. 79 80)

Esta cita es del autor William Styron, que hace algunos años atravesó una depresión. En el libro *Esa visible oscuridad* (*Darkness Visible*) describe cómo aguantó mucho tiempo en su casa, pero al final llegó a ser tan difícil que la única posibilidad restante era hospitalizarse. Estaba a punto de suicidarse. Para muchos resulta una experiencia benévola entrar en un sistema que al menos por un período de tiempo determinado les ayuda a asumir la responsabilidad de sus vidas, después de haber intentado luchar solo. El saber que uno ya no tiene que enfrentar sus experiencias solo, de por sí puede ser el inicio de algo nuevo y mejor. La

clave aquí es la comunicación. El término “comunicación” proviene del latín y significa hacer común. Como seres humanos nos conviene participar en una comunidad, aunque a veces pueda parecer molesto y extenuante. Sólo muy pocos de nosotros podemos vivir como ermitaños.

Muchos pensamos que el buen cuidado y la atención a las personas con trastornos mentales incluyen tanto el cuidado físico como la cercanía más humana. Una de nuestras necesidades básicas es que nos protejan.

El cuidado crea la oportunidad para el cambio en la persona misma, que es también un buen autotratamiento (Borge y Almvik 2000, p. 44). Aunque la atención es algo que muy seguido tiene connotaciones positivas, el texto anterior demuestra que también puede dar resultados negativos como la pasividad y la exoneración de las responsabilidades. La protección y el trabajo en el cuidado de las personas pueden resumirse en las siguientes características:

- El receptor se encuentra en una situación donde no se puede ayudar a sí mismo.
- La relación del cuidado persiste y requiere responsabilidad y compromiso desde el lado del emisor.
- En la relación de cuidado nos hacemos cargo del otro sin exigir una compensación.

(Bø 1996, p. 34)

Los que intentamos proveer cuidado en salud mental debemos siempre tener en cuenta en qué momento asumimos la responsabilidad de cuidar al paciente, y en qué momento le devolvemos esa responsabilidad, ya que en un principio, es suya. Queremos que la relación se caracterice por la igualdad, lo que nos exige gestionar el poder que encierra el cuidado de una manera prudente. A menudo vemos que el intercambio entre el poder y el cuidado acontece sin que se verbalice formando parte del conocimiento tácito. Para un principiante en un equipo de trabajo es de gran ayuda encontrar buenos modelos a seguir y aprender de ellos.

Subrayamos la importancia de la comunidad y la construcción de relaciones justamente porque el compartir el dolor propio con otra persona que lo acepta mediante una compren-

sión empática, puede ayudar a aliviar el sufrimiento y reducir el dolor y la soledad. Ayudar al otro para que logre transmitir algo de su sufrimiento, es la esencia del papel del ayudante. Esto puede parecer obvio, pero resulta que nuestra manera de enfrentarnos al sufrimiento es crucial para que el paciente se anime a abrirse con nosotros. Largos períodos de silencio, la vergüenza y la crítica pueden haber llevado a que el paciente ya no confía en el lenguaje y las palabras. Una experiencia interna fundamental y duradera de ansiedad y de caos puede hacer que resulte casi imposible dar a conocer los pensamientos y sentimientos de uno en el encuentro con otros. La enfermera y profesora finlandesa Unni Lindstrøm lo dice así:

Sólo aquellos que son dueños de su propia realidad la pueden compartir con los demás, pero debemos recordar que el tú crea el yo. Sin un tú no soy nada. Eres tú quien crea mi realidad una realidad que hace posible una comunidad contigo” (Lindstrøm 2003, p. 62). En este enunciado hay espacio para mucha reflexión. Una reflexión importante sobre el encuentro con el paciente es que tiene algo importante que comunicar. En el rol de cuidador debemos estar presentes de tal manera que el mensaje salga hacia fuera y hacia arriba. Eso requiere que nosotros como cuidadores seamos conscientes sobre los límites entre el sabio uso de un cuidado que realmente cuida y la exigencia hacia el afligido que debe ser ayudado de tal manera que literalmente sea capaz de mantenerse en pie por su propia cuenta. La benevolencia del ayudante a veces puede ser sofocante y generar más desamparo, al mismo tiempo que puede ser doloroso, pero necesario hacerle exigencias al que está sufriendo. Para los recién iniciados en este trabajo esto significa ayudar al paciente a desarrollar sus capacidades de autocontrol (dominio).

3.1 Ejercicios de reflexión, capítulo 3

- Piensa en cómo sería ser el destinatario de ayuda.
- Eres tú quien crea mi realidad – una realidad que hace posible una relación contigo. Analiza esta afirmación con los demás.
- ¿Qué implica?



Este capítulo trata de la ansiedad. Hay muchas formas de ansiedad y ésta se puede expresar a través de muchas maneras. Puede ir desde la ansiedad leve, al pánico paralizante. Una revisión a fondo del fenómeno sería una tarea demasiado grande para este libro, por lo que el objetivo del capítulo es principalmente proporcionar una imagen de lo que la ansiedad como enfermedad mental puede llegar a ser. En este capítulo quedará claro que las autoras hemos tomado como base un marco de comprensión psicodinámico.

Al final del capítulo mostraremos, sin embargo, que también existen otros enfoques diferentes al psicodinámico para la comprensión y el tratamiento de la ansiedad. Existen muchos trastornos mentales que causan la ansiedad como un trastorno adicional. La depresión y la ansiedad, la psicosis y la ansiedad suelen estar estrechamente relacionadas. Estudiaremos primero la ansiedad en sí y luego hablaremos un poco acerca de la ansiedad como resultado de diferentes tipos de abuso.

4.1 Una historia sobre elna

Elna tiene 20 años y se crió en un pueblo con su madre. Nunca conoció a su padre, y su infancia fue difícil, pero su madre era una buena persona. Ahora Elna tiene tres hijos con diferentes padres, todos viviendo con su abuela. Ella se ha trasladado a la ciudad para ganar dinero. Al principio le iba bien, tuvo suerte y consiguió trabajo en una tienda de zapatos. Ahí también se hizo una amiga con quien pasaba bastante tiempo. Los fines de semana se volvía a la casa de la madre para estar con los hijos. Al año la amiga observa que Elna está más callada y que habla menos que antes. Pasa un tiempo, y Elna le cuenta que ha visto al vecino del pueblo, Elna tiene miedo. Resulta que cuando Elna tenía 12 años, este vecino la violó, y ahora Elna teme que él averigüe dónde vive y que venga a atacarla nuevamente. Elna consigue algunas pastillas, y eso es lo único que le alivia un poco la presión, pero tiene que aumentar la dosis cada vez más.

Elna cuenta que se siente muy angustiada. A menudo se marea y le corren por el cuerpo sudoraciones heladas. Ahora tiene miedo de salir. ¿Qué pasa si se encuentra con el vecino? La amiga la ve cada vez más callada, preocupada y siempre a punto de llorar.

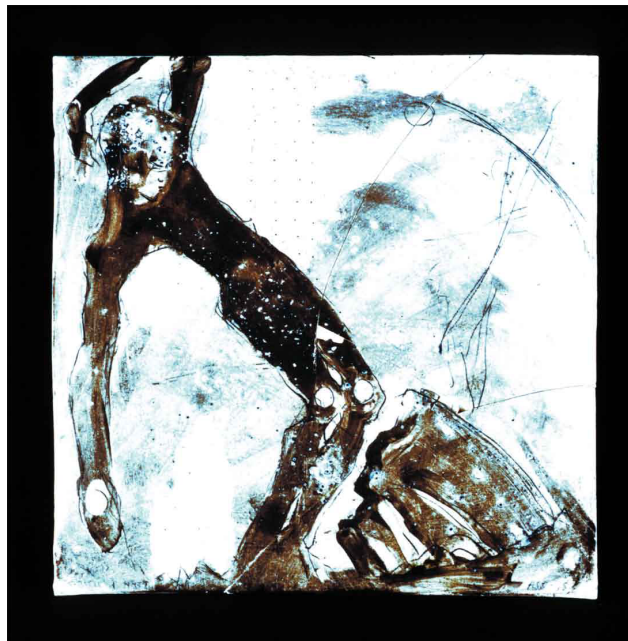
A menudo se marea y tiene sudoraciones heladas.

Respira cada vez más rápido, con profundidad, y se queda pálida y transpira mucho. Esto dura un rato. Elna demora en tranquilizarse. Se seca la frente y dice que no hay que preocuparse.

Está cansada, eso es todo. La conversación culmina aquí.

Los próximos días Elna falta al trabajo. Su amiga decide ir a verla, y le golpea la puerta, pero no le atiende nadie. Golpea de nuevo, sin respuesta. Cuando llama a Elna por su nombre, escucha que alguien se mueve dentro de la casa. Al fin, la puerta se abre lentamente y Elna la deja pasar, tiene muy mal aspecto, pero la habitación está limpia y casi sospechosamente impecable. Hablan un poco, y después de un rato Elna le cuenta a la amiga sobre su ansiedad, llorando y temblando. Es como sacarse un peso de encima.

Elna cuenta que tiene miedo de morir, tiene miedo de encontrarse con el vecino teme que la ataque de nuevo. Afirma que morir no sería tan grave, hasta la liberaría de la angustia, si no fuera por sus hijos ... Pensar en ellos es lo que la hace detenerse. Ahora piensa también que el vecino le podría causar daño a otros, y eso sería peor. Elna tiene miedo de no poder dormirse cuando debe ir a trabajar el día siguiente, y tiene miedo de no despertarse una vez dormida. Hace tiempo tiene la sensación de que está a punto de ser estrangulada, y este sentimiento va aumentando en intensidad hace ya algún tiempo. Tiene miedo de estar sola, pero también tiene miedo de buscar compañía.



¿Qué es la ansiedad?

El miedo es un fenómeno natural que nos protege poniendo el cuerpo y los sentidos en estado de alerta cuando hay peligro. Cuando el miedo se produce sin ninguna razón aparente, se le llama ansiedad.

La ansiedad a menudo se divide en subgrupos, tales como:

- la ansiedad normal
- la angustia existencial
- la ansiedad neurótica
- la ansiedad psicótica

Otra forma de subdividir la ansiedad es:

- ansiedad leve
- ansiedad moderada
- ansiedad intensa
- pánico

El 11 % de la población sufrirá, en el curso de la vida, de ansiedad patológica de una forma u otra. Los síntomas más comunes de la ansiedad se pueden dividir en síntomas psicológicos y físicos.

Síntomas psíquicos

imágenes horribles miedo a morir o perder el control una sensación de estar fuera de sí

Síntomas físicos

- palpitaciones y dolor en el pecho
- falta de aire / sensación de asfixia
- mareos
- náuseas
- transpiración

Un 2 % de la población en algún momento de sus vidas experimenta ansiedad fóbica.

Los trastornos fóbicos pueden estar vinculados a:

- situaciones sociales
- espacios abiertos
- espacios cerrados
- arañas
- dentistas
- un número de animales específicos, situaciones o contextos

(Basado en Snoek y Engdahl 2000/2004)

4.2 ¿cómo se debe interpretar la historia de elna?

De niña Elna echaba de menos a un padre y así creó una fantasía acerca de cómo hubiera sido. La fantasía tal vez generó una relación de dependencia con la madre, que para Elna luego se canalizó como miedo de perderla justo ahora que le había delegado la responsabilidad de sus propios hijos. ¿Puede que Elna se sienta culpable por la madre? ¿O que considera que la madre es la culpable de su situación? Cuando nos preguntamos acerca de la posible culpa es porque en muchos casos aparece relacionada a la ansiedad. La historia de Elna nos deja con varias preguntas sin responder, pero no hay duda de que Elna ha desarrollado una ansiedad que debilita e inhibe su capacidad de desarrollo vital. Tiene dificultad para respirar, sudoraciones heladas, hiperventila cuando hay demasiada presión en una situación, desarrolla problemas de sueño y se aísla.

Cuando una persona desarrolla un trastorno de ansiedad, éste a menudo se puede relacionar con dificultades de desarrollo de la personalidad. Los problemas de comunicación en las relaciones con personas significativas en la infancia pueden dar lugar a estrategias de supervivencia desfavorables para aliviar el dolor psicológico. En muchos casos será una cuestión de desarrollar una actitud de autosuficiencia y autoabastecimiento que es contraria a la naturaleza del ser humano como un ser relacional.

La ansiedad es una señal de que la persona en cuestión se está moviendo de algo seguro hacia algo inseguro.

En tales circunstancias el desarrollo emocional no será normal, y la capacidad de utilizar un registro de sentimientos naturales en situaciones específicas y hacia otras personas se verá perjudicada. Cuando gran parte de la vida emo-

cional está fragmentada y desplazada, los miedos ocupan su lugar. La ansiedad se puede considerar como un mecanismo de alerta psíquica que da a la persona una señal de que está a punto de pasar de algo seguro hacia algo inseguro, lo que puede generar una reacción emocional que no será capaz de enfrentar.

Si el miedo domina la vida por mucho tiempo, al final tendrá su propia dinámica, o se reforzará a sí mismo. La persona en cuestión no se atreverá a desafiar su propia ansiedad por temor a que se vuelva aún más fuerte y tal vez termine en un ataque severo de ansiedad. Cualquiera que haya vivido con ansiedad desde hace mucho tiempo, perderá la noción de sus propias

emociones, y le resultará muy difícil poner en palabras lo que siente en distintas situaciones debido a que quiere evitar todo lo que pueda involucrar emociones fuertes.

Por lo que vemos a través de la historia de Elna, ella parece ser ordenada, organizada, y competente en su trabajo. El que haya comenzado a tomar medicación en un grado que probablemente sea dañino, se puede explicar de varias maneras. Puede ser que quiera aliviar su ansiedad, pero también es posible que no quiera ver la realidad de su propia vida – no enfrentarse a ella. Ella está en el camino de la vida, y ¿hacia dónde está yendo? Las respuestas no las tenemos nosotros, las tiene que buscar Elna, para que pueda enfrentarse consigo misma y encontrar otras estrategias de autocontrol. Para ello probablemente necesitará tiempo y una buena ayuda.

Y Elna obtiene ayuda. Las dos amigas hablan un largo rato. Elna quisiera que su situación no fuera tan difícil. Han tenido momentos donde ha pensado que lo mejor sería terminar con su vida, pero la consideración por la madre y los hijos siempre la han detenido. Ella no les puede causar tanto dolor. Su amiga le intenta decir que la aprecian en el trabajo, y que la echan de menos. El consuelo es de poca ayuda: “Estoy asustada y totalmente agotada, y no me animo a ir a trabajar ahora”, suspira Elna. Las dos se dan cuenta de que Elna necesita más ayuda de lo que su amiga le puede dar, y después de mostrar cierta resistencia

Elna dice que está dispuesta a ponerse en contacto con el centro de salud y servicios sociales. En este centro Elna tiene varias consultas, pero resulta que los problemas de ansiedad son demasiado intensos y complejos para que el centro le pueda brindar la suficiente ayuda. Por lo tanto a Elna la derivan a un psicólogo. El resultado es una relación terapéutica que durará varios años. Al principio Elna ve al psicólogo con bastante frecuencia; luego las visitas son más esporádicas, y Elna practica por su cuenta. Elna y el psicólogo recorren las diversas fases de la vida y verbalizan lo que ha sido conflictivo para ella.

4.3 Las muchas caras de la ansiedad

Para la mayoría de nosotros la ansiedad normal nos puede hacer estar más atentos y nos ayuda a hacer nuestro mejor esfuerzo. La ansiedad nos lleva a centrarnos más en una situación destacada, y por un rato dejar de lado otros pensamientos. Pero el temor debe ser razonable en relación a la situación en la cual nos encontramos. Al serlo, la ansiedad es un signo de salud en los seres humanos. Es sólo cuando la ansiedad nos impide actuar que representa algo

de lo que tenemos que salir. Para lograrlo en la mayoría de los casos necesitamos la ayuda de otros.

La ansiedad se expresa a menudo como algo distinto de las definiciones clásicas de ansiedad. Puede estar encubierta, solapada tras una o más capas de molestias somáticas. Los problemas que se manifiestan pueden estar relacionados con el estómago, el corazón, el peso, el sueño u otros áreas, y muchas veces son pocos específicos. El fenómeno de autolesión tampoco es infrecuente en pacientes con ansiedad. Como nos referimos más arriba, la ansiedad puede estar oculta detrás de varias máscaras en las cuales se esconde la persona que la sufre. Se puede tratar de no querer ver y no querer mostrar, lo que genera dolor y puede conducir a círculos negativos. Al intentar sacarse una de las máscaras, puede aparecer una nueva más fuerte.

Lo que se conoce como ansiedad generalizada, es la ansiedad relacionada a eventos específicos, donde uno se vulnera a sí mismo con un miedo irreal o exagerado respecto a algo que piensa o cree que va a suceder. Pueden ser accidentes, la ruina financiera u otros eventos graves, pero siempre son acontecimientos que en realidad no hay ninguna razón en particular para temer.

Para algunos la ansiedad se puede convertir en una conducta compulsiva. Esta forma de ansiedad puede ser paralizante. Se puede presentar a los demás como “hoy me dormí”, cuando la verdad puede ser que la persona en cuestión se atrasó saliendo de su casa porque tenía que lavarse quince veces, o apagar la luz diez veces o tal vez volver atrás para asegurarse de que la puerta estuviera cerrada con llave ocho veces. Todo esto requiere tiempo.

Los ataques de pánico suelen producirse súbitamente. Pueden surgir como una reacción a un acontecimiento, como un accidente u otras situaciones dramáticas. A menudo, la persona en cuestión puede sentir que pierde el control de sí misma. Esto puede continuar relacionado a una situación concreta, o incluso aparecer en otros contextos.

La ansiedad se presenta en grados diferentes, y varios tipos de ansiedad se limitan a vuelos, viajes en tren, el entrar en un ascensor, atravesar una plaza abierta o sentarse en la silla del dentista. Este tipo de ansiedad no necesariamente requiere de tratamiento. Es sólo cuando la ansiedad lleva a una conducta de evitación que impide que uno pueda llevar una vida normal que se considera un problema de salud. Muchas personas pueden vivir perfectamente sin

volar, lo que resultaría solamente un poco impráctico. Pero para otros, este tipo de ansiedad limitante puede conducir a obstrucciones, como por ejemplo en cuanto a la elección de trabajo. La ansiedad social, por ejemplo, a menudo implica aislamiento. A la persona en cuestión la ansiedad le impide participar en las actividades diarias junto a sus pares. Puede ser difícil o imposible hablar en la clase, ir a una reunión de padres, ser partícipe en actividades recreativas o ir de compras. Poco a poco uno va alejándose de contextos sociales, inventando cada vez más excusas, y, finalmente, sólo la idea de la participación en lo que sea, resulta una considerable molestia.

4.3.1 ¿cómo relacionarse con personas con ansiedad?

Ana, que es enfermera, nunca conoció a Elna dentro del sistema de salud. Al estudiar sobre cómo se debe lidiar con la ansiedad, tenía que leer e ir probando con otros pacientes que conoció en la práctica. Y no faltaban oportunidades para probar. Con tantas personas sufriendo de ansiedad, todo trabajador social y de salud debe tener en cuenta de que casi todos los días se encontrará con alguien que presenta diversas formas de ansiedad. La ansiedad es algo universal, y suele estar ligada a otros trastornos, tanto mentales como somáticos, o generarse cuando hay grandes cambios en la vida de una persona.

Cuando la ansiedad es súbita, como un ataque, es importante que el ayudante esté presente, escuchando y tratando de actuar lo más tranquilo posible. Un ataque de ansiedad por lo general dura hasta 20 minutos. En estos 20 minutos es mejor guardarse las grandes palabras. Para el ayudante se trata de una presencia plena, eventualmente con un contacto físico en forma de darle la mano o colocarle un brazo alrededor del hombro a la persona con padecimientos. En los casos en que la persona presenta dificultad para respirar, puede ser útil que el ayudante respire hondo y fuerte para que la otra persona le siga el ritmo, (siempre con cuidado, para que no haya dos pacientes en lugar de uno. El ayudante no debe exagerar, sino también puede llegar a sentir ansiedad). En el caso de que la persona que está sufriendo un ataque hiperventila fuertemente, hay que hacerle respirar, por ejemplo, en una bolsa de papel para que se recupere el equilibrio entre el O₂ y el CO₂. La hiperventilación implica que se exhala demasiado CO₂ y que se inhala O₂ también en exceso. En personas sanas esto no es dañino, pero cuando se trata de personas con problemas cardíacos hay que ser especialmente cauteloso. El pulso y la presión arterial suben, y a veces estos síntomas se confunden con un ataque al corazón. Normalmente esto es pasajero, en caso contrario hay que llamar a un médico.

En la mayoría de los casos de ansiedad se presentan varios síntomas a la vez. No resultará de mucha ayuda decir que no hay que preocuparse. La ansiedad está presente, y la mayoría necesita hablar de ella. El papel del ayudante es principalmente escuchar, y contribuir a la exploración de cuándo y dónde se produce la angustia. Para facilitar esta labor puede ser una buena idea que el ayudante y el paciente juntos tomen una taza de té o café. Esto puede crear un ambiente más relajado, puede desviar la situación y ayudar a prevenir un deterioro, por ejemplo en forma de dificultades respiratorias.

A menudo oímos decir que lo único que quiere una persona con ansiedad, es paz y tranquilidad. Bø y Sæther señalan que estos son términos que significan “control de las emociones y acciones y que tienen que ver con la automoderación y el autocontrol” (Bø y Sæther 2004). Al entrar en contacto con personas con una problemática de este tipo, el objetivo principal debe ser el de facilitar y ayudar para que la persona en cuestión sienta que el control sobre su propia vida es lo suficientemente fuerte.

4.3.2 La ansiedad como un efecto secundario de abusos

La ansiedad de Elna también puede entenderse como el resultado de un abuso. Según una importante encuesta que arroja resultados de investigación, el reconocimiento y la denuncia del abuso sexual es un proceso dialógico que es personal y privado, y profundamente arraigado en nuestra comprensión cultural de la sexualidad y el abuso.

4.4 Perspectivas, crecimiento y aprendizaje

El primer objetivo en el tratamiento de personas con ansiedad es prevenir el escape, el próximo paso es tratar de asegurar que la persona pueda recuperar el control sobre su ansiedad. Si la persona ha desarrollado un trastorno de ansiedad con la conducta de evitación, es particularmente importante elaborar un programa de capacitación adecuado que pueda prevenir el aislamiento social. De esta manera se podrá evitar que la ansiedad lleve al paciente a otro tipo de trastorno.

Incluso para evitar el dolor, la relación con los otros puede representar un recurso importante para las personas ansiosas, ya que pueden actuar de una manera que previene y evita las situaciones de ansiedad para la persona ansiosa. En el largo plazo esto puede generar lo que podemos denominar un significativo beneficio secundario de la ansiedad. Un beneficio secundario en este caso implicaría beneficios emocionales inconscientes que aparecen en una

situación de enfermedad o algo similar que se manifiestan a través del cuidado, la atención y el apoyo de los otros hacia la persona que presenta estados de ansiedad.

El objetivo del llamamiento es, según Monsen (1997), el encaminar las respuestas hacia una dirección previsible y de este modo reducir la ansiedad que uno padece. Pero los viejos mecanismos y fantasmas no desaparecen tan fácilmente. La ansiedad tal vez se pueda reducir, pero en muchos casos ésta se sustituye por una complicada relación con los demás, lo que a su vez puede generar otro tipo de ansiedad. Hay ejemplos de que los beneficios del sufrimiento son tan grandes que es más conveniente mantener la ansiedad hasta un nivel que no obstaculice las actividades diarias que trabajar para salir de ella.

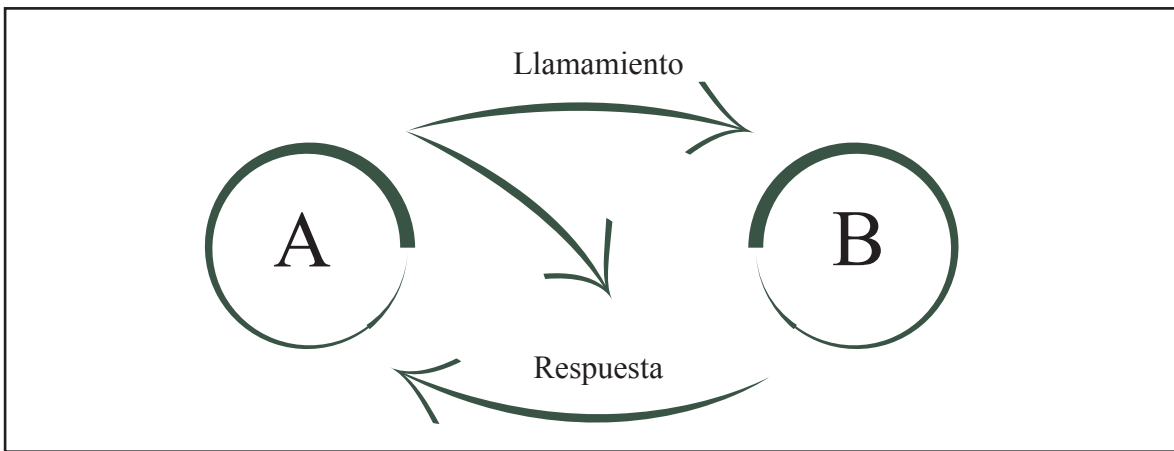


Figura 5 Monsen (1997) muestra como la respuesta puede obtener una dirección previsible.

Cuando un individuo es capaz de identificar los factores o situaciones que le generan ansiedad, aumentan las posibilidades de comprender la problemática que está detrás, y por lo tanto la posibilidad de encontrar formas de trabajar que puedan reducir dichos estados de ansiedad.

La ansiedad sin objetos atíne el núcleo de la personalidad, la existencia en el mundo, y por lo tanto deja el individuo impotente ya que no se puede quedar fuera. El individuo por tanto tampoco puede enfrentarse a la amenaza, ya que no sabe hacia dónde esta amenaza se dirige (Lindstrøm 2003). Desde esta perspectiva se vuelve aún más importante tener el coraje y la fuerza para exponer y explorar la ansiedad, ya que a la larga va a llevar a la comprensión de lo que conforma la amenaza.

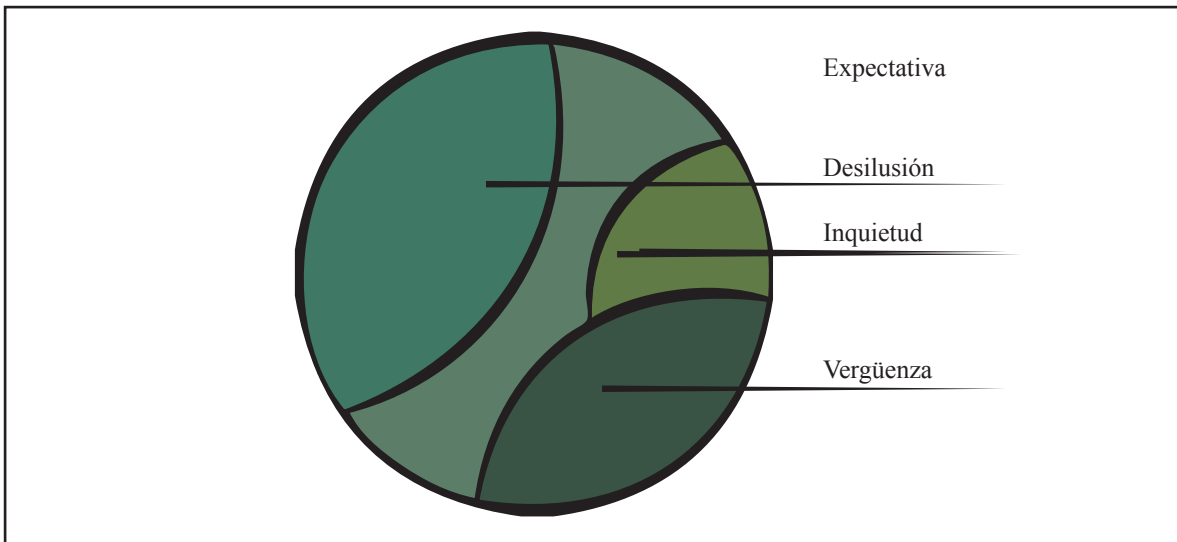


Figura 6 Lindström (2003) ha ilustrado la angustia con un contenido diversificado: expectativa, desilusión, inquietud y vergüenza.

El contenido de la angustia puede ser tanto conocido como desconocido, y puede variar de persona a persona. El individuo debe conocer su propio “enemigo” antes de poder comenzar a cazarlo. En otras palabras: los que sufren de ansiedad, tienen que conocer el contenido de su propia ansiedad antes de que puedan explorar o comprender sus propias reacciones en diferentes situaciones, para luego poder buscar nuevas soluciones que puedan ser útiles en situaciones similares. Es aquí donde el ayudante puede asistir haciendo preguntas, tal y como lo sugiere Hummelvoll (1988/2004):

- ¿Que es lo que más te molesta cuando te sientes con ansiedad?
- ¿Puedes tratar de pensar qué tipo de situaciones has experimentado que te generan ansiedad?
- ¿Cómo experimentas los estados de ansiedad?
- ¿Anteriormente, ¿cómo has tratado de enfrentarlos?
- ¿Qué se debe cambiar para que te sientas mejor – para que te sientas más satisfecho?
- ¿En qué te parece que te pueda ayudar el personal

Cada una de estas preguntas puede contribuir a ayudar a la persona ansiosa a obtener una mayor comprensión de su propia vida. El camino hacia esta comprensión puede ser complicado y doloroso, como también hay que suponer que lo haya sido lo que inicialmente ha generado estos estados de ansiedad.

Según Monsen (1997), hay dos caminos que conducen a la reducción de la ansiedad. Una forma natural de dominar la ansiedad es reducir la incertidumbre haciendo de lo previsible una rutina. Sin embargo, esta estrategia de resguardo también puede limitar la vida del individuo, como hemos visto en el caso de Elna. El trabajar hacia una comprensión más profunda es la segunda manera de reducir la ansiedad, y fue éste el proceso que inició Elna después de la conversación con su amiga. En muchos casos puede ser suficiente el poner en palabras el temor y compartirlo con alguien de confianza.

Uno de los filósofos existenciales más conocidos, Søren Kierkegaard, trataba la ansiedad en gran parte de su obra. Relacionaba la ansiedad con la culpa en el sentido religioso, y para él la fe era una fuerza sanadora. Kierkegaard utilizaba una variedad de seudónimos. El concepto de angustia lo estudió, según Thielst (1994), bajo el seudónimo del psicólogo Vilginius Haufningsis. Bajo la firma de Haufningsis hizo un análisis de Adán y Eva, a través de la caída y a través de la historia. Tocó conceptos como la conciencia, el bien y el mal antes de llegar a describir el momento de la ansiedad:

En este estado [a inocencia/infancia] hay paz y descansa, pero al mismo tiempo algo más, que no es la discordia y la contienda, ya que no hay nada en contra de que luchar. ¿Qué es entonces? Nada. Pero, ¿qué efecto tiene este nada? Genera ansiedad. Éste es el secreto profundo de la inocencia, que al mismo tiempo es la ansiedad [...] La ansiedad es la realidad de la libertad como la oportunidad oportuna. Por eso, no se encontrará la ansiedad en el animal, ya que en su naturaleza no se define como espíritu.

Haufningsis – como Kierkegaard – continúa diciendo que el malestar de la ansiedad viene cuando se presentan las oportunidades de superar la ansiedad. Es precisamente cuando se trabaja el contenido de ansiedad que aparece esta posibilidad de superarla, se produce, y también es en este punto que se renueva el dolor. Es en estos momentos una persona con ansiedad podrá retirarse de una situación de tratamiento y dejar de trabajar con su propia comprensión.

Estos conocimientos no son nuevos. Por ejemplo, en un manual sobre enfermos mentales de 1914 se describe el cambio emocional de los pacientes de la siguiente manera:

Otros pueden mostrar un pronunciado sentimiento de desgano, que aplaca y ensombrece el ambiente. Este sentimiento se relaciona con un sentimiento de que la seguridad interior y la libertad están fallando, y el paciente pierde la fe en su propio poder y habilidad, apareciendo así la ansiedad en todas sus diversas formas, inclusive como fuertes explosiones.

(Henrichs 1914)

Hoy en día aplicaríamos otros términos, como confiar en sus propias fuerzas y fortalecer la autoimagen. Y no menos importante, finalmente nos centramos en el significado sanitario que implica el que el paciente tenga libertad para tomar sus propias decisiones. Esta libertad tiene un efecto saludable y curativo.

La base de todo entrenamiento contra-fóbico es la confianza en los propios recursos. La búsqueda de las respuestas (el reconocimiento) es dolorosa, y el trabajo sobre estos temas a menudo genera aún más ansiedad. Algunos desisten dado el aumento del dolor que provoca. Otros necesitan mucho tiempo – más que Elna – para llegar al punto en el cual puedan trabajar con las soluciones.

Para tener el dominio de nuevas situaciones, es fundamental para el ser humano entender el contexto de lo que está sucediendo. La comprensión de las causas de la ansiedad es la base para que la terapia genere algún cambio – una explicación de los síntomas no deja de ser una mera explicación. Podríamos decir que la comprensión penetra, mientras que la explicación sólo indica las problemáticas que generan la ansiedad. En otras palabras, se necesita una comprensión que permita al individuo ansioso obtener una comprensión del propósito y la función de sus propios síntomas de conducta. Recién sobre este tipo de comprensión e interactuando con el entorno el ansioso puede encontrar nuevas estrategias de dominio y autocontrol.

En primer lugar la tarea del ayudante es preparar al ansioso para el proceso complejo y doloroso que probablemente le espera y apoyarlo en ese proceso. Esta tarea requiere un equilibrio grande – el ayudante debe apoyar y al mismo tiempo ayudar a la autopercepción.

Programas de formación específicos donde el ansioso muy de a poco se expone a lo que desencadena la ansiedad, son útiles para muchos. En el ejemplo de Elna vimos que poco a poco comenzó a poder relacionarse con los demás sin que tuviera síntomas físicos. Ser capaz de controlar la ansiedad a través de una exposición gradual puede renovar la percepción de dominio del ansioso. Este tipo de exposición gradual puede consistir en muchas cosas, desde – con o sin – acompañamiento, ir de compras, tomarse un autobús o entrar a un ascensor o donde sea que se genere la ansiedad. Si el ayudante logra dejar que la exposición suceda al ritmo del ansioso, los resultados suelen ser buenos. Las personas que realmente sufren de ansiedad han vivido una considerable reducción de la calidad de vida, y ahora se les brinda la oportunidad hasta de “reconquistarla”, y tal vez incluso de reconquistar la vida misma.

En los últimos años se ha documentado que la terapia cognitiva resulta muy eficaz en el tratamiento de trastornos de ansiedad (Berge y Repål 2004). Éste es un tratamiento cuyo objetivo es ayudar al individuo a lograr una mayor confianza en su propia capacidad de resolver los desafíos que la vida le presenta. La terapia cognitiva tiene su origen en lo que en esta rama terapéutica se llama pensamientos automáticos. Estos son pensamientos y emociones (relacionados) que empeoran las cosas para los que padecen un trastorno mental. Pueden ser pensamientos como “nunca lograré hacer esto”, “ahora sonrojaré”, “los demás pensarán que soy raro”, etc. Con este modo de pensar las personas con ansiedad frecuentemente también han desarrollado un conjunto de mecanismos defensivos. Este tipo de comportamiento requiere mucha energía, y para el individuo en cuestión resultará en una forma restringida de vivir donde se enfatiza en demasía el planificar y controlar el próximo paso, restando así poca energía para relacionarse de una manera adecuada con otras personas, lo que a su vez refuerza la sensación de que casi todo va mal.

Sin embargo, es posible pensar diferente acerca de los desafíos que uno enfrenta. La terapia cognitiva se trata sobre todo de demostrar que el cambio es posible a través de los procesos de pensamiento acerca de uno mismo (autocognición). El revelar los pensamientos y sentimientos que uno tiene en situaciones difíciles será el primer paso hacia la mejora para el paciente. Con el tiempo el paciente debe tomar conciencia de cómo los pensamientos automáticos y mecanismos de negación le rigen la vida. Esta revelación, junto con una explicación de lo que sucede en el cuerpo cuando viene la ansiedad y el conocimiento de que estas reacciones fisiológicas, en su mayoría inofensivas, pueden ser influenciadas a través de nuevas formas de enfrentarlas probablemente ayudará a que el paciente poco a poco vaya probando nuevas

y más apropiadas maneras para enfrentar los desafíos cotidianos. Se puede leer más sobre la terapia cognitiva en la sección 10.8.

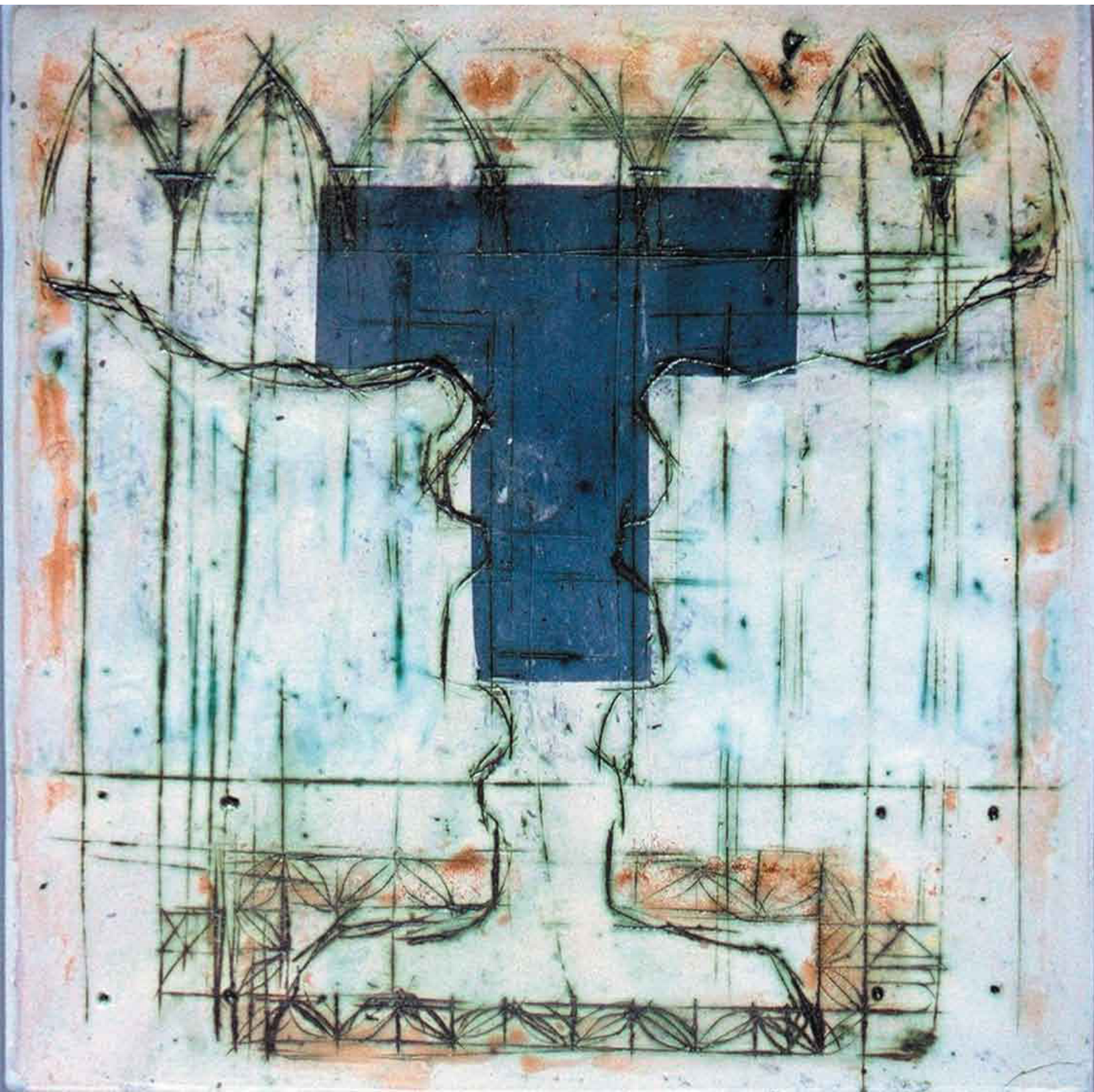
Si la persona que sufre de ansiedad se somete a un tratamiento, los obstáculos para el desarrollo de su potencial vital poco a poco se vuelven menos prominentes. Muchos serán capaces de vivir con la ansiedad de una manera diferente: ahora los que han tomado las riendas son ellos, y han aprendido a lidiar con ello. Pero la angustia sigue ahí, y puede volver con fuerzas renovadas debido a nuevas pruebas o situaciones desafiantes. Ahora, el hecho que los otros, e incluso uno mismo, sostenga un “espejo” para que se pueda ver y entender los patrones de reacción, obtener una comprensión de por qué surge la ansiedad, cómo se manifiesta y cómo se puede combatir eso sí a muchos les devuelve la vida.

Hemos dicho anteriormente en este capítulo que Ana no conoció Elna en su práctica, ¿pero tal vez haya conocido a alguien parecido a ella? Somos muchos como Elna, sólo que expresamos lo que nos pasa de maneras un poco distintas. La problemática que se describe en el caso de Elna es lo que ven la familia y los vecinos, y forma parte de la vida diaria. En este contexto es importante recordar que un cierto grado de ansiedad es una parte natural de la vida y funciona como nuestro aparato de defensa. Pertenece a lo que podríamos denominar como “nuestra piel mental”. La angustia, y sobre todo en un grado menor, es un trastorno que dado que muchos lo padecen, no se trata tan seguido dentro del sector de la salud mental. Tampoco es que el sistema de salud deba tratar todo. Las personas que tenemos cerca – incluso los vecinos – pueden brindar una buena asistencia, pero a veces los problemas de ansiedad pueden ser tan debilitantes que hay que convocar al sistema de asistencia sanitaria y social.

4.5 Ejercicios de reflexión, capítulo 4

- La terapia cognitiva ha demostrado ser efectiva para las personas que sufren de ansiedad. Describe la terapia cognitiva (véase también la sección 11.8). Explica cómo esta forma de terapia puede ser adaptada en personas con ansiedad.
- En el capítulo 4 presentamos unas preguntas relacionadas a una conversación con un paciente que padece de ansiedad. Reflexionar sobre cómo harías tales preguntas y probarlas en la práctica.





5

AQUÍ ARRIBA O ALLÍ ABAJO

5.1 Una historia de Petra y ana

Petra tiene 35 años y es madre soltera de cuatro hijos, un varón de 19 y tres niñas de 15, 12 y 9 años respectivamente. Vive en un pueblo no muy lejos de sus padres. En algunos períodos Petra ha trabajado en un restaurante, pero últimamente ha habido poco trabajo. Su hijo se ha ido a la ciudad para buscar empleo. Está preocupada porque no ha tenido señales de él en casi tres semanas. La hija mayor sale mucho con el novio, y a Petra no le gusta el chico, ya que le parece que engaña a la hija. Petra ayuda a los padres, que ya son mayores, y ellos la apoyan para que consiga alimentar a la familia. Últimamente Petra está muy cansada y pasa mucho tiempo tirada en la cama. Los que han ido a ver a sus padres son sus hijas, pero un día llegó la madre y finalmente se dio cuenta de lo triste que estaba Petra. Petra le contestó con murmullos y se dio vuelta hacia la pared mientras su madre hablaba, ésta se asustó y preocupada por la hija tomó contacto con Ana, y le preguntó qué debía hacer. Ana le dijo que pasaría a ver a Petra.

Ana no tiene ninguna experiencia previa con este tipo de situación. Le ha pasado “sentirse un poco para bajo”; fue cuando la dejó su novio. Se las arregló para recuperarse pensando que no era el único hombre en el mundo. Ana también ha oído decir que hay gente que está deprimida bastante tiempo y necesita de ayuda. Ahora es ella la que supuestamente brindará esta ayuda. Se pregunta qué es lo que debe decir y hacer. Considera que lo más importante es que Petra se alimente, lo otro se irá viendo. En el camino hacia la casa de Petra se pregunta si ésta sabrá que aparecerá en su casa. Decide contarle a Petra que la madre está preocupada y que viene a ayudar.

Ahora está parada en frente a la puerta. ¿Un poco de charla sin importancia primero? No, después de presentarse a sí misma, cuenta porqué ha venido. Petra no responde, sólo piensa: ¡Por que la idiota no se puede ir y dejarme en paz!

Ana se siente insegura, ¿sería mejor volver el día siguiente? ¿Le parece haber leído que para algunos la depresión es peor en la mañana? Siente un agujero en el estómago. ¿Debería buscar a otra enfermera con más experiencia? No, mira si llegan a pensar que es miedosa, o que no sabe manejar las cosas más sencillas de este mundo, intenta de nuevo. Petra se encuentra acostada con la cara hacia la pared, y aunque Ana intenta saludarla nuevamente, esta vez tampoco obtiene respuesta alguna. Recuerda que no debe hablar demasiado. Igual no lograría decir nada ni seguir allí mucho más tiempo. ¿Y si dice algo mal?

Ana ha escuchado decir que lo más importante en el trato con personas con una enfermedad mental es hablar con ellas. Sin embargo, reconoce que no sabe qué decir. ¿Cómo comunicarse con alguien que no responde? Aparece el agujero en el estómago de nuevo. Se siente tan impotente ...

5.1.2 ¿cómo podemos entender esta historia?

Aparentemente, Petra está deprimida. No tiene ninguna alegría de vivir, se aísla, no tiene apetito, está constipada y siente que no puede lidiar con la situación. Puede que Petra tenga pensamientos que podrían indicar una tendencia hacia el suicidio ¿estará en peligro su vida? Habría que ver. En el caso de que estuviera manejando la idea de suicidarse, Petra no debería estar sola.

La siguiente pregunta es si Ana es consciente de la gravedad de la condición de Petra. ¿Tal vez es precisamente eso lo que crea ansiedad al encuentro por parte de Ana también? ¿Puede que intente tranquilizarse a sí misma mediante la comparación con su propia “depresión” cuando el novio la dejó? ¿Estará intentando familiarizarse con la situación y así hacerla parecer menos seria, hasta tal vez trivializarla?

Luego está la preocupación de Ana por el punto de vista de los expertos. El miedo de no poder manejar la situación, de no ser lo suficientemente profesional. Ana decide hacer de tripas corazón y volver a intentar. ¿Qué oportunidades te parece que Ana tenga para obtener contacto con Petra en esta situación? ¿En qué se puede basar en su intento de llegar a ella?

Ser competente en estos casos implica, entre otras cosas, estar preparado para actuar y reaccionar cuando así la situación lo requiere. En el encuentro con Petra el estar preparado puede traducirse en un buen conocimiento sobre la depresión grave y las tendencias suicidas. Ana

debe a la vez tener cierto conocimiento empírico, que también le puede servir para actuar. Podrá obtener el conocimiento y la experiencia de otras personas a través de su orientación. Una orientación con otros profesionales para Ana puede contribuir a la expansión de la comprensión propia, lo que proporciona seguridad para la práctica posterior, tanto en su relación con Petra como con otros pacientes en su futuro profesional.

Por lo que se puede leer de la historia, en su primer encuentro con Petra, Ana no estaba lo suficientemente capacitada. Tampoco tenía ninguna experiencia en la cual basarse. Lo que para ella generó una “depresión”, causada por la ruptura con el novio, en el sentido médico no fue siquiera una leve depresión. Ahora, Ana tiene acceso a los conocimientos y experiencias de otros. El uso de esta capacitación podría haberle dado más seguridad en la situación y creado un punto de partida diferente para lograr el contacto deseado con Petra. Como telón de fondo es importante tener presente las diversas formas en las que se puede comprender un trastorno mental tal y como se describe en la sección 2.5.

5.2 ¿Qué es la depresión?

La depresión puede ser un trastorno que puede presentarse como un caso único o como varios períodos depresivos recurrentes (unipolar). La depresión también puede continuar con una fase maníaca y se conoce entonces como un trastorno maníaco-depresivo (bipolar).

Los síntomas típicos de la depresión son:

- Abatimiento mayor de lo que es habitual cuando uno está de mal humor pasajero
- Pérdida de la alegría y el interés que lleva a un círculo vicioso en el que se reduce la iniciativa y la actividad, uno se encierra en sí mismo con sus cavilaciones
- Pérdida de apetito. Las razones pueden ser varias :reducción de las actividades, pasividad debido a un fuerte sentimiento de culpa y vergüenza, el cuerpo no da señales de hambre o sed y uno no siente la necesidad de cubrir sus propias necesidades básicas
- Sentimientos de desvalorización que luego llevan a una reducción del autoestima y autoconfianza que a su vez parece reducir la capacidad de autocontrol
- Disminución del deseo sexual o impotencia completa
- Aumento en la fatiga de la misma forma que uno puede observar trastornos en el sueño
- Pensamientos de autolesiones y suicidio
- Una variedad de síntomas somáticos pueden estar relacionados con una depresión subyacente.

Muchas de las características son circulares, una sigue a la otra, ya que la depresión suele ir acompañada por la ansiedad y la preocupación y a veces también por síntomas psicóticos.

5.3 El relacionarse con personas con un trastorno depresivo

Muchos problemas cotidianos pueden conducir al desánimo. Esto es parte de la vida y no debe ser sometido a un tratamiento médico. Con toda razón se debe dar la bienvenida a aquellas voces que apuntan al uso indiscriminado de nuevos antidepresivos. El profesor de medicina social Per Fugelli (1999) se refiere al interés de la psiquiatría de resolver los problemas cotidianos de la gente mientras los servicios son demasiado pocos o no son suficientemente buenos para los individuos con los trastornos mentales más graves. También habla de la teoría de la relatividad de la medicina social en la que la cultura y la política son elementos claves en la percepción de lo enfermo/ sano y lo normal/anormal. Estos correctivos son importantes, como también lo es la iniciativa de la anterior primera ministra de Noruega y anterior secretaria general de la OMS, Gro Harlem Brundtland, que habla de la necesidad de reestablecer el rol de la buena vecindad, donde unos cuidamos de los otros. Cabe también destacar que no todo el que está deprimido por un período de tiempo determinado necesita ser tratado por la experticia psiquiátrica.

Hoy en día todos exigen el acceso a la experticia. Una dimensión importante de la vida se pierde si no nos atrevemos a mostrar la “vieja y querida” compasión humana en situaciones difíciles, que para muchos es mejor ayuda que la medicina y la psiquiatría de urgencia. Habiendo dicho esto, también es importante reconocer que cuando los problemas de la vida no se pueden resolver en los ambientes y contexto cercanos, los profesionales tienen un trabajo para hacer. Este sopesar puede ser difícil, ya que con el conocimiento de la psiquiatría de emergencia (Weisæth y Dalgard 2000) se ha establecido que el pronóstico es mejor si el tratamiento empieza tempranamente. Al parecer, tenemos que vivir con este dilema.

Puede ser un gran desafío relacionarse con una persona deprimida. Muchos han experimentado estar tan afectados que ellos mismos se entristecen, hablan despacio y pierden el ánimo. A este desaliento lo podemos reconocer en Ana en su encuentro con Petra. No es raro que uno pueda sentir cierta agresión cuando toda oferta es rechazada, verbal o no verbalmente. (Recordemos de lo que pensaba Petra, “¡Por que la idiota no se puede ir y dejarme en paz!”)

El principiante fácilmente puede llegar a ser irracional y expresar esos sentimientos hacia el paciente, y no resulta ni antinatural ni una falta de profesionalidad reconocerlos. Se llama transferencia. Pero debemos encontrar otros espacios más allá del el encuentro con el paciente para expresarlos. Según la experiencia, el ayudante sale mejor parado tratando de

restablecerse, e intentando comenzar desde cero. En los encuentros iniciales con el paciente no es conveniente establecer este tipo de requisito ni esforzarse por llevar a cabo estos esfuerzos. El paciente necesita de una comprensión empática, de un acercamiento y comprensión real por parte del profesional. Véase el capítulo 7.

El relacionarse con las personas deprimidas también puede generar experiencias positivas. Si uno quiere ver resultados en un plazo relativamente corto, es precisamente con este grupo de pacientes que se debe trabajar. Esto puede parecer una contradicción. ¿Cómo puede algo que se percibe como tan pesado, proporcionar una respuesta rápida? Todo es relativo, claro, pero a menudo experimentamos que después de un tiempo en que todo contacto al parecer se rechaza, se abren canales alternativos. Cuando desaparece lo más oscuro de la melancolía, de hecho hay oportunidades para la interacción. Poco a poco, al ritmo del paciente, los mecanismos de autoprotección se pueden reanudar. Es importante trabajar con el paciente hacia objetivos a corto plazo que puedan fortalecer la autoestima y la creencia en sus propios recursos. La base de este trabajo es construir sobre aquello que la persona deprimida considera que lo puede ayudar, lo que desea, o en el caso de ausencia de deseos orientarse hacia lo que le gustaba/manejaba antes. A veces hay que dar un paso adelante y otro hacia atrás, pero los cambios van surgiendo y resulta un desafío interesante. Ahora, siempre hay que recordar que se trata de ir de la mano – no al frente. Esto es consistente con lo que Levander refiere como explicación pedagógica en la sección 10.7.

5.3.1 Llegar a un espacio de cooperación

Las sugerencias e ideas que presentamos aquí, no resultan pertinentes y apropiadas en todas las situaciones. Siempre se debe considerar que es lo que resulta mejor para el individuo deprimido y lo que al ayudante en determinada situación le haga sentir más cómodo. En general se puede decir que en todo trabajo de salud mental es importante el establecimiento de contacto. A pesar de que en este capítulo y el próximo trataremos específicamente el contacto con los deprimidos, mucho de lo que se describe aquí será válido en cuanto a los trastornos mentales en general. Más información acerca de la comunicación se encuentra en el capítulo 10.

Para que el ayudante pueda percibirse como tal, en primer lugar hay que estar dispuesto a dedicar mucho tiempo al establecimiento de contacto. Empecemos con la humildad. Algunos pueden considerar la palabra pasada de moda, pero todavía queremos que Ana y otros colaboradores potenciales reflejen sobre lo que significa acercarse al otro con humildad. El

filósofo Kierkegaard consideraba que para poder llegar a ella, primero había que humillarse y reconocer que aquél que necesita de ayuda entiende más que el ayudante. Lo contrario de ir al encuentro del paciente con humildad es la humillación. Es como pegarle a alguien que ya está en el suelo. Para algunos al parecer resulta difícil sentir respeto por el deprimido. Es razonable suponer que tanto la persona deprimida como sus alrededores han dicho que “sólo hay que recomponerse y encontrar el eje”. Como profesionales aprendemos rápidamente que este tipo de solicitudes no ayudan en absoluto al deprimido, y que en el peor de los casos sólo empeora las cosas. El reconocimiento del dolor es importante. El estar deprimido no se trata de no poder recomponerse, y menudo la persona deprimida se caracteriza por la vulnerabilidad. De alguna manera hay una correlación entre las emociones de Ana y Petra. Ambas son vulnerables y reconocen sus propias deficiencias. Sin embargo, el ayudante debe ser la persona capaz de ver esto y a pesar de sus sentimientos saber elegir las acciones apropiadas.

Un ejemplo de investigación reflejado en un amplio estudio muestra la relación entre el lóbulo temporal derecho, el aumento del tamaño de los ventrículos laterales y la esquizofrenia (Cullberg 2000). También en el área de la investigación genética se trata de encontrar conexiones posibles con trastornos mentales. La psiquiatría orgánica busca las explicaciones en el organismo humano y dirige sus acciones hacia ella. La investigación neurológica está en algunos casos estrechamente vinculada a la psiquiatría y en algunos casos trabaja junto con ella (Værøy y Værøy 2004).

Para construir una alianza se necesita una relación de contacto cercana e individual. Independientemente del tipo de depresión y el contexto en el que ésta surja, la persona deprimida tiende a ver el mundo a través de un filtro de oscuridad y tristeza. La confirmación de que es posible sentirlo de esta manera es fundamental en la relación. Se trata de relacionarse con el deprimido de igual manera que con otros de igual valía, siendo un error común pensar que “igual valor” significa igualdad. Ana y Petra son diferentes, pero como seres humanos tienen el mismo valor. Dentro del enfoque relacional aspirar a una relación simétrica entre las partes resulta un importante punto. En un principio una relación entre un profesional y una persona deprimida parece ser completamente asimétrica. El primero actúa, el otro es pasivo – el primero brinda ayuda, el otro la necesita. En la fase inicial de establecer un contacto el ayudante tiene una mayor responsabilidad, pero en cuanto a la igualdad la simetría sigue intacta. También puede definirse como una relación de Yo – Tú, a diferencia de una relación Yo – Ello, donde se trata de ver a la otra persona como un objeto con el cual sólo hay una

relación impersonal.

El ayudante también tiene la responsabilidad de crear las condiciones que faciliten la conversación, pudiendo ser algo tan simple como encender la luz en la habitación donde se encuentran. La experiencia demuestra que el deprimido suele sentarse o acostarse en la oscuridad. A menudo también es necesario hacer entrar aire fresco en la habitación. Si es posible, es aconsejable que las personas que están por establecer una conversación, se encuentren sentadas una frente a la otra, pero no demasiado cerca. Como ya dijimos es la responsabilidad del ayudante, o sea el profesional, iniciar una conversación. A veces no es posible llevar adelante una conversación en el sentido habitual, la depresión es demasiado pesada. Recordemos que una buena relación es más que una conversación; a veces es suficiente pasar un rato juntos. La cantidad de tiempo que se emplea puede depender de la situación, por ejemplo si es el primer encuentro o una consulta de seguimiento. La conversación no necesariamente debe ser prolongada; lo importante es intentar establecer un contacto y mostrar interés. El ayudante debe tratar de ser lo más específico posible, y al hacer preguntas, hacerlas de a una y esperar la respuesta. También es conveniente que limite sus palabras dadas que si se habla demasiado, puede resultar molesto para la persona deprimida y lo puede percibir como un río que pasa y sigue. Si el paciente está tan deprimido que no se obtiene respuesta alguna, es mejor intentar con preguntas que se puedan responder con un simple “sí”/ “no” y ver si responde de alguna manera que no sea verbal. Las personas deprimidas se caracterizan por períodos de latencia más largos que los demás, es decir, necesitan más tiempo para responder. De todos modos, en relación al paciente que permanece en silencio es muy importante que el ayudante marque presencia, aunque sea en la ausencia de las palabras. Una situación de éstas se puede sentir como incómoda y tal vez sin sentido para muchos algunos incluso señalan que es mejor dejar al deprimido en paz y a solas consigo. No estamos de acuerdo. La persona deprimida necesita contacto humano en dosis limitadas. El ayudante le debe informar acerca de cuándo llega y quedarse allí a pesar del silencio. Muchos pacientes han señalado que la presencia del ayudante, aunque no dijera nada, ha sido algo muy importante en la peor etapa de la depresión. El que alguien esté con el paciente le transmite esperanza, y la esperanza es crucial en todo trabajo relacional.

El ayudante puede sentirse a su vez afectado por la melancolía, hasta tal vez lo sienta en su propio cuerpo. Un consuelo es saber que la depresión es pasajera. Si el médico lo considera aconsejable, se utilizará un tratamiento farmacológico. Poco a poco la iniciativa le vuelve

al paciente. Un colega con una gran trayectoria y experiencia en el tema expresaba que es alentador trabajar con pacientes depresivos justo porque siempre, después de un período de tiempo ya sea corto o un poco más largo, se ve la luz al final del túnel. Con otros trastornos mentales no siempre ha tenido la misma experiencia.

En todo el trabajo de contacto y cooperación con personas que padecen un trastorno mental, es importante elaborar un plan individual acorde a las necesidades del paciente. Inicialmente éste debe participar del plan que se utilizará en su caso. Puede pasar que el deprimido esté tan enfermo que dicho plan deba hacerse con cierta asistencia, pero igual es fundamental que tenga conocimiento de lo que va a acontecer. Los objetivos deben ser simples, con la posibilidad de que el paciente pueda realizar pequeños pasos hacia el autocuidado. Poco a poco habrá contribuciones del deprimido, y la fase de establecimiento de contacto fácilmente puede pasar a ser una fase de cooperación.

5.3.2 Satisfaciendo las necesidades fisiológicas primarias

Una disminución del apetito muchas veces es parte de la realidad de la depresión. Las reglas nutricionales que se aplican en general resultan también pautas adecuadas en el campo psiquiátrico. Puede haber muchas causas para la pérdida del apetito. En un caso psicótico el paciente puede percibir la comida como intoxicada, o puede tener la sensación de que todo su sistema está constipado, y que no puede seguir llenándose. La sensación de culpa puede ser tan fuerte que el paciente siente que no merece comer. También puede ser tan simple como una falta de energía para comer, donde la sola idea al paciente le hace sentirse mal, eventualmente con náuseas también. Estando en un servicio de urgencias, no es poco frecuente o extraño que el comportamiento de otros pacientes allí presentes le afecte y que no soporte la idea de comer. Como acabamos de ver, las razones pueden ser muchas, y puede resultar también una combinación de varias cosas. El paciente tampoco podrá o querrá decir siempre por qué tiene poco apetito.

En este caso le haremos un seguimiento a Petra.

Echemos un vistazo a Petra y Ana. El desafío de Ana resulta doble en esta situación. No debe insistir demasiado en averiguar por qué Petra no come. Ana debe tratar de obtener información de cuánto tiempo hace que está rechazando la comida y cuáles son los hábitos alimentarios de Petra cuando no está tan deprimida como ahora. La información acerca de

estos puntos se puede recabar preguntando, con el consentimiento de Petra, a sus familiares, a alguien en el sistema de salud, o a amigos o vecinos que pueden ser buenos informantes. El objetivo es poder controlar la ingesta de alimentos y basarse en la comida que le gusta a Petra y lo que desearía comer.

Un punto importante es que la persona que hable de la comida y la bebida sea la persona de contacto del paciente para evitar así repeticiones que puedan resultarle molestas y causarle preocupaciones al paciente. Es probable que el paciente esté plenamente consciente de la situación sin la necesidad de que se la recordemos varias veces al día, donde tendría que utilizar las pocas fuerzas que tiene en más conductas de rechazo.

Hay que dar prioridad a los líquidos en el período de depresión profunda. Se puede intentar con agua mineral, aguas saborizadas o yogur. Hay que buscar un punto de encuentro entre lo que el paciente desee beber y la consideración del necesario equilibrio de líquidos y electrolíticos en el cuerpo.

Cuando la falta de apetito y la ingestión es mínima durante un período más largo, todos los alimentos y bebidas se deben ingerir en pequeñas porciones y ser registradas. En lo posible hay que hacer que la comida sea agradable. Puede ser significativo que la comida resulte atractiva y apta para despertar el apetito. Hay que informar al paciente de que se registra lo que ha consumido y responderle positivamente cuando logra bajar tres cucharadas de gallo pinto, en lugar de expresar su preocupación por el bajo consumo. En casos de depresiones graves el paciente será medicado, y puede pasar una semana o dos antes de que cambie la situación para recuperar un poco de fuerzas. El ver que el paciente no quiere comer puede causar una sensación de impotencia en el profesional, lo que debe ser trabajado por éste.

Según Sortland (1997), el riesgo de malnutrición está presente cuando la pérdida de peso del paciente ha sido del 10 % en dos o tres meses. Si la conclusión de una evaluación general es que la ingesta de alimentos y líquidos se está acercando a este límite, puede ser necesaria la alimentación por sonda. Sin embargo, generalmente es mejor esperar y ver si la situación mejora.

Otra causa de pérdida de apetito puede ser que el paciente se sienta lleno. La relación entre la mente y el cuerpo también se muestra en que la peristáltica, las contracciones naturales de

los intestinos, es más lenta de lo habitual durante una depresión. La reducción de actividades y la disminución de los alimentos y bebidas ingeridos también pueden causar constipación. Todo es pesado y lento, esto puede resultar doloroso y reforzar el sentido del sufrimiento. Será necesario darle una explicación práctica – de corte pedagógico – al paciente de lo que sucede en el organismo. ¿Cómo explicar esto de la mejor manera? Antes de empezar con laxantes hay que intentar con cambios dietéticos. Además de asegurarse de que el paciente beba suficientes líquidos, se recomienda lo siguiente para prevenir la constipación: una dieta alta en fibra, frutas frescas y secas y vegetales (ibid.).

A través del tiempo el cuerpo del paciente se puede haber acostumbrado a una actividad más baja. El cansancio y la falta de iniciativa que a menudo son resultados de la depresión, hacen que los movimientos del paciente sean más lentos y menos frecuentes de lo habitual. Esto pronto afectará la circulación. Veamos el caso de Petra. En la primera etapa, Ana puede sugerir algunos simples movimientos que Petra pueda realizar en la cama. O bien, si es posible, proponerle que dé un paseo y poco a poco aumentar su actividad en la medida en que esté dispuesta a hacerlo. Es mejor que Ana diga: “Pensé que podía dar una vuelta alrededor de la casa”, a la vez que le ofrece a Petra un brazo de apoyo que resulta natural, que preguntarle si quiere ir a dar un paseo, una sugerencia que para Petra será más fácil de rechazar. Una estrategia clave es evitar que el ayudante señale constantemente lo que el paciente debe hacer.

La falta de acción o el deseo de esconderse puede ser una característica general cuya consecuencia más común es que muchas personas deprimidas prefieran quedarse en la cama. Esto no significa que duerman mucho. Por el contrario, la alteración del sueño es una molestia común en la depresión. Engelstad, Sneok y Engdahl (2000) han descrito los diferentes tipos de trastornos del sueño en la depresión. Las molestias se pueden manifestar tanto en dificultad para conciliar el sueño como en un despertar temprano.

Si es difícil conciliar el sueño, se recomienda un té de hierbas u otra bebida caliente. A algunos les hace efecto la música suave, mientras que otros pueden ser ayudados a través de un baño, masajes o una ducha caliente.

El despertar temprano se debe complementar con un descanso. La noche puede ser especialmente dolorosa para muchos, y el vigilante nocturno debe estar disponible para charlar si el paciente lo necesita. La experiencia demuestra que una charla nocturna puede ser el inicio

para que un paciente retome la actividad. Anteriormente hemos hablado de la dosificación de esfuerzos. Hay que tener en cuenta también que la depresión puede alterar la facultad de concentración. Esto puede ser debido a la falta de sueño y descanso. Las rutinas en el hogar deben estar organizadas de tal manera que las necesidades individuales se puedan cubrir. Si el paciente quiere estar acostado, es razonable cumplir su deseo para gradualmente ir cambiando de ratos de descanso menos prolongados por intervalos más largos de vigilia. Para el paciente puede resultar muy desgastante participar o ser parte de la comunidad donde está hospitalizado. Al principio se recomienda un contacto individual, y luego se puede aumentar la participación en grupos más pequeños y gradualmente más grandes.

La observación del sueño es una señal importante. Hay pacientes que dirán que no han podido dormir ni un minuto, mientras que la observación muestra que el sueño ha durado gran parte de la noche. La experiencia del sueño es subjetiva, y es importante tomar la percepción del sueño del paciente en serio. Las observaciones del personal serán un complemento. En la depresión grave, a menudo se utilizan antidepresivos que también tienen un efecto de generación de sueño. Si la necesidad del paciente de dormir toma proporciones fuera de lo razonable, habrá que reducir la dosis de antidepresivos.

En pacientes deprimidos es común la falta de autocuidados en cuanto a la higiene personal, tal como lavarse. Sin embargo, el ayudante no debe ignorar este hecho, aunque no quiera resultar intrusivo para el paciente. Se puede buscar una toallita húmeda y ofrecerle ayuda. La higiene bucal en algunos casos puede ser deficiente. Lo mismo se aplica aquí, ¡agarrar el cepillo de dientes! A Petra, Ana le puede decir que entiende que en estos momentos sea difícil cuidar de sí misma, y que ella la puede ayudar. La experiencia demuestra que los pacientes igual dicen que no si se les pregunta si quieren lavarse los dientes. Con una actitud de determinación (y naturalidad) sin palabras grandilocuentes es más fácil. Una vez más, se trata de actuar con respeto, sin regañar. Las veces que el intento es fructífero, se puede ver un indicio en el aumento del bienestar. Un cambio frecuente de sábanas también puede contribuir a ello.

5.3.3 el consuelo de la botella

Carlos tiene 46 años y vive solo en una gran ciudad. Siempre ha sido depresivo y por períodos consume grandes cantidades de alcohol. En esos momentos se vuelve pasivo, duerme mucho y come poco. Carlos sabe muy bien lo que es la depresión, pues su padre también tenía tendencias depresivas, lo que influyó su infancia. Su padre también abusaba del alcohol,

y Carlos recuerda que cuando él era niño su padre lo golpeaba tanto a él como a la madre.

Cuando Carlos no está deprimido, se siente bastante solo, pero ha logrado cuidar su trabajo en la frutería del tío. Su tío estaba al tanto de los problemas de Carlos y era comprensivo. Es muy probable que Carlos hubiera seguido en este ritmo de vida, pero repentinamente su tío fallece. El primo se hace cargo de la frutería y le dice a Carlos que no puede trabajar allí si no viene todos los días. Carlos se vuelve ansioso y se emborracha. El centro social llama a Ana y le pide para hablar con Carlos. Cuando llega a la casa de Carlos, él está borracho, pero contento de que Ana haya llegado. Con mucho tacto Ana sugiere que volverá a visitarlo si Carlos reduce el consumo de alcohol. Todos los días durante una semana lo visita. Con el tiempo Carlos siente que ya le tiene la suficiente confianza a Ana como para hablar con ella.

5.3.4 ¿cómo se debe entender esta situación?

El padre de Carlos ha abusado del alcohol. Hay mucha investigación que muestra que es perjudicial para la salud cuando un niño crece con una madre o un padre alcohólico. En un estudio general que resume y compara varios casos, los investigadores encontraron que el alcoholismo aumenta significativamente el riesgo de morbilidad, y que muchas personas con problemas de alcohol también tienen trastornos mentales (Folkehelseinstituttet [El Instituto Noruego de Salud Pública] 2011). A Carlos no se le habían presentados trastornos mentales, y con la ayuda de su tío había logrado mantener el trabajo. Su primo no era igual de comprensivo que su padre, por lo que es razonable suponer que Carlos, aparte de estar afligido por la muerte de su tío, también tenía una crisis existencial debido a la pérdida, que debió haberle resultado traumática.

Son varias las condiciones sociales que afectan a la salud mental, tales como las condiciones laborales y familiares, la violencia y el abuso. Para algunos, éste es un terreno fértil para el abuso del alcohol.

¿Qué es el abuso de alcohol?

El Instituto Noruego de Salud Pública (Folkehelseinstituttet 2011) presenta una definición del abuso. Si el consumo de alcohol se percibe como abuso o no, es en gran parte determinado por las convenciones sociales. Tanto CIE como DSM tienen dos diagnósticos relacionados con el alcohol: el primero es la dependencia del alcohol, el segundo es un diagnóstico más leve, denominado “abuso del alcohol” en DSM y “uso nocivo” en CIE. El abuso de alcohol sin dependencia se caracteriza por el consumo que causa daño a la salud, ya sea somático o mental, o que causa problemas recurrentes en diversas áreas, tales como el ejercicio de las funciones diarias, el entrar en conflicto con la ley, el usar alcohol en situaciones peligrosas o una reducción del funcionamiento social.

La dependencia del alcohol se caracteriza también por el desarrollo de una alta tolerancia al mismo (la dosis de alcohol se tiene que aumentar con el fin de tener el mismo efecto que antes sobre el consumidor), la dependencia física en la forma de abstinencias cuando no se toma, y el hecho que se invierta mucho tiempo en la obtención del alcohol, en beberlo y en recuperarse. Además están las consecuencias sociales y el deseo persistente o los intentos fracasados de detener o controlar el consumo de alcohol.

5.3.5 Los muchos desafíos de ana

Alcohol – dolor – crisis. Se entiende claramente que esto es complejo. Para el ayudante a veces puede ser difícil saber por dónde empezar. ¿Qué enfoque se debe tomar en el inicio? Se cuestiona si se podrá hacer algo con toda la problemática. Un buen punto de partida es preguntarle al propio Carlos: ¿Qué es lo que más le molesta en este momento? Una pauta importante es empezar donde el paciente está experimentando sus dificultades y más adelante seguir trabajando en lo que podría encontrarse más oculto. En cuanto a la problemática del abuso del alcohol por parte de Carlos, Ana podría ayudarle a entrar a un grupo de AA (Alcohólicos Anónimos). Puede que para lograrlo tenga que trabajar mucho con su motivación. AA funciona positivamente de varias maneras. Está organizado con grupos de autoayuda, donde los participantes comparten y se apoyan mutuamente. La organización es internacional. (En cuanto a la crisis existencial de Carlos ver otras partes del presente libro).

Ejercicios de reflexión, capítulo 5

- ¿Cómo el profesional puede evitar deprimirse al trabajar con personas que están deprimidas?
- ¿Cómo te resultaría trabajar al ritmo del paciente?
- El cambio de actitud lleva tiempo. La infancia de muchos niños puede estar marcada por el consumo de alcohol por parte de los padres y la violencia doméstica. ¿Cómo pueden las autoridades de salud contribuir a un cambio de actitud en esta área?
- Reflexionar sobre las áreas donde el profesional encuentra a los afectados y cómo se puede organizar la educación en salud en cuanto a los niños, el alcohol y la violencia doméstica.





6

QUIEBRE EN LA PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD

6.1 Volverse psicótico y estar psicótico

Para muchos de la tripulación tampoco había ninguna diferencia entre la locura y el contacto con lo divino. Los curanderos, hechiceros, las orgías nocturnas, las danzas rituales salvajes y las posesiones por los demonios habían sido parte natural de su infancia. Los blancos eran casi los únicos que no tenían ninguna conexión con lo sobrenatural.

De “Los tiburones” (Haiene, Jens Bjørneboe 1974)

La pérdida de control sobre la percepción de la realidad es aterradora tanto para aquel que la experimenta como para los que le rodean. El psicótico puede experimentar, entre otras cosas, una disminución de la capacidad de prueba de la realidad y una gran confusión, ambas se pueden manifestar de diferentes maneras. Hay varios diagnósticos donde la psicosis forma parte de un cuadro general. Se puede tratar de la esquizofrenia, trastornos del humor – tanto en las fases maníacas como en las depresivas, delirio, psicosis paranoica, psicosis aguda y estados de demencia. Esta confusión y quiebre con la realidad puede aparecer sin síntomas previos y desaparecer igual de rápido, o puede tener un curso más crónico y limitarse a ciertas partes del mundo interior del paciente. Las psicosis pueden tomar muchas formas diferentes, y para obtener una imagen más completa, recomendamos los manuales de psiquiatría. Aquí nos limitamos a destacar un rasgo común importante: ningún individuo es psicótico todo el tiempo.

El término psicosis viene del griego y está compuesto por psyche, que significa mente, y osis, que significa el estado de enfermedad. Como se menciona en la sección 2.5, dependerá de la perspectiva en que se describe la condición. A continuación presentaremos primero cómo se puede definir un trastorno mental, y luego dos ejemplos de cómo los psiquiatras describen el fenómeno de la psicosis:

Haugsgjerd (1986) escribe sobre el padecimiento mental: “Es un bloqueo o congelación emocional. Los conflictos emocionales son el núcleo de todo trastorno mental”.

Acerca de la psicosis, Haugsgjerd (1970) continua: “La psicosis es un tipo de estrategia en relación a una amenaza al experimentar los sentimientos y afectos de uno”, mientras que Kringlen (1990/2005) la describe de esta manera: “La psicosis es por lo general un quiebre en el manejo racional y emocional del individuo de su propia situación”.

Hay muchas maneras para describir y definir los trastornos mentales y la psicosis. A pesar de sus diferencias todas las definiciones tienen en común la descripción de una irrupción psicótica que implica que la capacidad del individuo de manejar los desafíos emocionales es llevada a un punto de ruptura. La psicosis representa un colapso de la personalidad. Podemos suponer que el individuo antes de la psicosis haya pasado por un doloroso período de grandes sufrimientos. Aunque la psicosis puede ser vista como una manera de evitar lo emocionalmente difícil para la persona afectada, la “estrategia” igual tiene un precio alto. La realidad del mundo externo no cambia aunque la percepción del individuo de la misma sí haya cambiado. El proceso de recuperación de la personalidad que tiene que iniciarse tarde o temprano, es difícil y doloroso. Para el ayudante a veces puede ser tentador dejar que el individuo en cuestión goce de este aparente beneficio temporal que representa la psicosis. O sea intentar “hacer la vista gorda”. Sabemos, sin embargo, que la psicosis se debe de limitar en el tiempo, ya que el estado psicótico, a la larga y por lo general puede generar más problemas de distinta naturaleza.

Una manera de entender el mundo de las psicosis a la cual todos tenemos acceso, es que la psicosis es un sueño en un estado despierto. Para algunos sería más correcto decir pesadilla, no sueño, ya que la psicosis a menudo tiene un contenido dolorosamente aterrador. No se puede decir que el sueño y la psicosis sean idénticos, pero la imagen puede ayudar a la comprensión. En los sueños todo puede suceder, las leyes físicas se anulan, del mismo modo que otras leyes y normas. El tiempo y el lugar no son entidades estables.

La manera de entender la psicosis que ya hemos explicado, está construida sobre la base psicodinámica. Sin embargo, entre los expertos no hay consenso sobre lo que son y pueden ser factores desencadenantes de la psicosis. Se puede referir a psicosis que son causadas por un mal funcionamiento bioquímico. Esto se ve más claramente en el abuso de drogas/alcohol y trastornos orgánicos y/o cerebrales.

Un modelo ampliamente utilizado para la comprensión de la psicosis utiliza los términos “estrés” y “vulnerabilidad”. El modelo muestra cómo la interacción entre los factores protectores innatos y la influencia externa son importantes para el brote psicótico

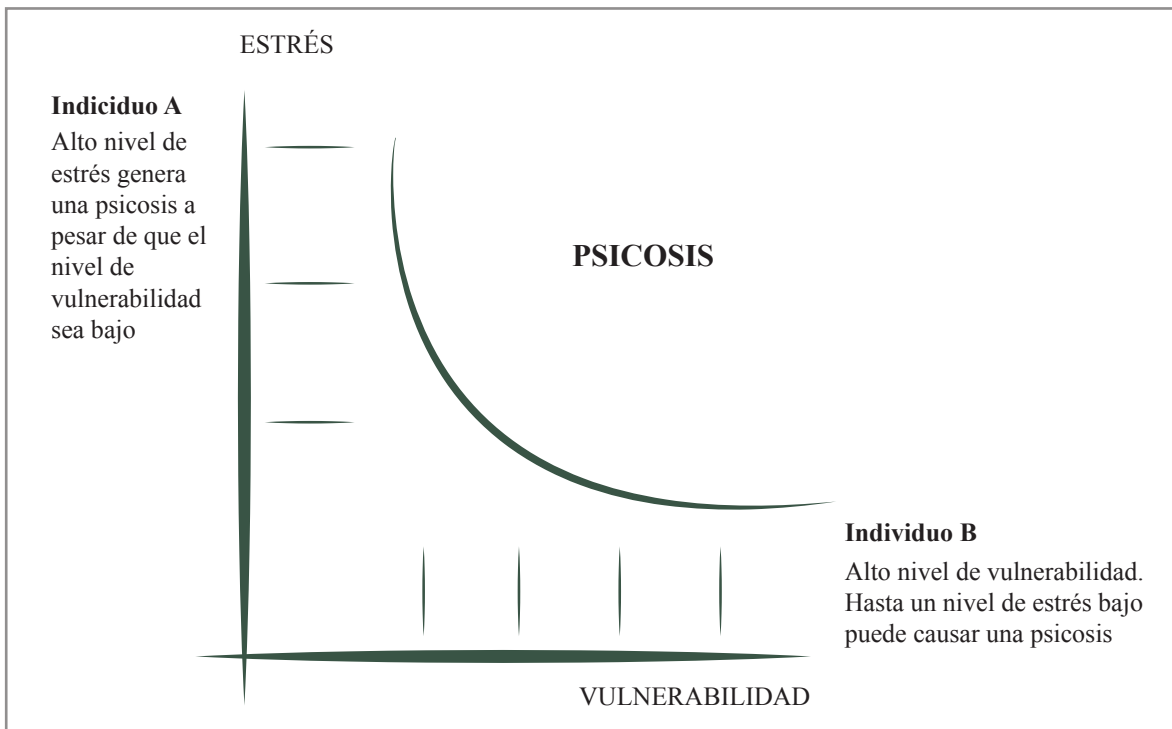


Figura 7 Modelo de estrés y vulnerabilidad (Cullberg 2005).

Si nosotros como profesionales adoptamos diferentes perspectivas a la hora de entender lo que es una psicosis y cómo se manifiesta, un objetivo común para todos debe ser aferrarse a los aspectos más saludables del paciente, y luego enfrentarse a las diversas reacciones que pueden ocurrir en una persona psicótica. En el recuadro sobre la psicosis se ve que ésta puede ser descrita de maneras diferentes, dependiendo de si está siendo descrita desde fuera por un profesional, o es descrita por personas que han experimentado ellas mismas estados de psicosis.

La experiencia de los síntomas

Las experiencias del psicótico

- El pensamiento se estanca – desaparece
- Pensamientos y sentimientos confusos y contradictorios
- Pérdida de las emociones e intereses (apatía) ha estan
- Los pensamientos flotan por la cabeza (hervidumbre)
- Falta de energía e iniciativa
- Dificultades con la memoria
- Miedo a personas desconocidas
- Depresión y tristeza

Las experiencias de los que ven al psicótico desde fuera

- Pierde el hilo de la conversación
- Incertidumbre y ambigüedad
- Tendencias de aislamiento (el individuo se cado)
- El habla es difícil de seguir y puede ser incoherente
- Inactividad, falta a actividades laborales y de ocio
- Olvidadizo, no cumple con lo acordado
- No quiere ir al cine o participar en actividades similares

(Grupo interdisciplinario, Psykiatri Fonden 1997)

6.2 La intervención y el tratamiento tempranos de la psicosis (el proyecto TiPS)

A nivel internacional se ha llevado a cabo un importante proyecto de investigación sobre la intervención temprana en la psicosis (www.tips-info.com). Se ha desarrollado un conjunto de criterios que se pueden utilizar si se sospecha una psicosis. Cuando un joven inesperada y súbitamente se comporta de manera diferente de lo habitual, puede ser motivo de preocupación. A través de un amplio programa de evaluación se puede examinar si se trata de una psicosis o no. En casos afirmativos se organizan servicios sistemáticos tanto para el individuo en cuestión como para su familia. Los servicios se basan en las necesidades individuales y pueden incluir tanto terapia individual como educación, preparación para el establecimiento en una casa propia, en una institución educativa o en un lugar de trabajo, con y sin apoyo. La intervención y el tratamiento tempranos de la psicosis requieren la cooperación entre varios agentes y niveles de servicios de salud y sociales.

¿Qué es la psicosis? Características elaboradas por el proyecto TIPS

- Se retira de la familia y los amigos
- Tiene miedo de salir de casa
- Duerme mal y come poco
- Está muy interesado en un tema en particular, por ejemplo la muerte, lapolítica o la religión
- Descuida la higiene personal
- Bajan sus resultados en la institución educativa
- Tiene dificultad de concentración y de memoria
- Habla o escribe sobre cosas que carecen de sentido
- Entra en pánico, está extremadamente ansioso, perceptiblemente deprimido o tiene pensamientos suicidas
- Le falta expresividad emocional
- Tiene marcadas oscilaciones en el estado de ánimo
- Tiene reacciones emocionales inapropiadas
- Escucha voces que nadie más puede oír
- Cree, sin motivo, que otros están planeando un complot contra él, le espían o persiguen
- Cree que se puede dañar, o ser influenciado para realizar actos en contra de su voluntad (por la televisión, el diablo, etc).
- Cree que tiene habilidades especiales
- Cree que los pensamientos pueden ser influenciados o que puede influenciar los pensamientos ajenos

Citado de www.tips.info.com (20.03.06)

6.3 Una historia sobre roberto

Adela está sentada en la mesa de la cocina tomando café con su hermana, Sofía. Sofía sin avisar ha llegado de visita poco después de que Adela volviera del médico. Adela está desesperada y confundida. Sofía no sabe nada acerca de la visita al médico, pero no demora en darse cuenta de lo preocupada que está la hermana. “Nunca te he visto así, ¿qué te pasa?” pregunta. Después de idas y venidas, Sofía logra que Adela le cuente lo que le pasa: “Estoy muy preocupada por Roberto, y es el único hijo que tenemos”. “¿Está trabajando en la compañía donde su padre le consiguió un puesto?” pregunta Sofía a la hermana. Adela clava la mirada en la mesa y comienza a llorar. “Han pasado ocho meses desde que dejó el último empleo, y allí duró sólo tres días”. Su hermana se sorprende – de esto no sabía ni sospechaba nada. Adela llora y murmura: “Es tan difícil, no aguanto más. Ahora he ido a pedir ayuda, pero Eduardo [su marido] no sabe. Dice que Roberto debe recomponerse y volver a ser el de siempre”. Después de un rato en la cocina Adela le cuenta toda la historia de Roberto a su hermana. Sofía algo sabía de antes, pero también se da cuenta que Adela se había guardado mucha información durante mucho tiempo.

Roberto es hijo único, tiene 20 años y vive en la casa de sus padres. Dejó sus estudios en segundo grado del secundario, y desde entonces se ha pasado en su habitación, con la excepción de la hora de las comidas, que sí ha compartido la mesa en la cocina con sus padres. Pasa mucho tiempo despierto de noche y duerme durante el día. La madre dice que de vez en cuando escucha murmullos en su habitación. Algunos días Roberto tiene la música a todo volumen. Fuma mucho, y recientemente Adela se ha dado cuenta de que se baña muy poco, cuando antes se metía a la ducha varias veces al día. En la secundaria Roberto tenía un amigo, y muchas veces se iban a pescar juntos. Ahora el amigo se mudó, y Roberto no tiene contacto con jóvenes de su edad. Él no paga por los gastos de subsistencia; tampoco es algo que se cuestione. Adela compra la ropa y la comida para la familia. Roberto sólo gasta en cigarrillos, pero se los trae la madre cuando va de compras. “Roberto es el único hijo que tenemos”, dice.

El padre de Roberto, Eduardo, es gerente de ventas y viaja mucho. Le irrita que su hijo no pueda seguir en un trabajo. En repetidas ocasiones le ha ayudado a encontrar un puesto, pero o bien Roberto ni siquiera ha aparecido, o bien la relación laboral ha durado poco tiempo.

Cuando el médico le pregunta a Adela cómo ella y el marido consideran la situación del hijo, responde que le parece que le pasa algo. “Algo de los nervios, lo que no entiendo. Eduardo

sólo dice que Roberto es perezoso, así que no le he contado que iba a ver al médico. Eduardo es muy estricto y permanentemente rezonga a Roberto. Ahora el médico dice que quiere venir a hablar con los tres la semana que viene. Insiste, por lo que ahora tengo que contárselo tanto a Eduardo como a Roberto. No sé cómo hacerlo ...”.

6.3.1 ¿Roberto necesita ayuda?

¿Hay algo en la historia de Roberto que puede indicar que esté en el proceso de desarrollar un trastorno esquizofrénico? ¿Qué le dijo la madre al médico que le hiciera insistir en venir a hablar con ellos a la casa? Según Adela, “Roberto se pasa en su habitación”, despierto de noche y durmiendo durante el día. Esto de por sí no es alarmante para un joven de 20 años. Por otra parte, Adela le contó al médico que ella varias veces ha escuchado murmullos provenientes de su habitación y que a veces escucha música a todo volumen. Esto probablemente tampoco sea inusual para un joven. Sin embargo, en combinación con que su higiene personal con el tiempo ha empeorado y que parece ensimismarse en esa actitud, es preocupante. La sugerencia del médico en querer una entrevista con Roberto se basa, naturalmente, sobre esta evaluación general.

Al principio Eduardo no estaba muy contento con la iniciativa de su esposa, asunto que se encargó de dejar muy claro. Adela se arrepintió de haber ido a hablar con el médico, y pasó días reprochándose a sí misma y llorando. No le contó al marido sobre la conversación con su hermana, mientras Eduardo por su parte tampoco le dijo que se estaba dando cuenta de que la visita del médico sería necesaria. Cuando vino Sofía de nuevo después de unos días, fue Eduardo quien le dijo: “Esto es vergonzoso, pero Adela probablemente tenga razón en que alguien debe hablar con Roberto. ¡No puede seguir todo el día acostado!”. Roberto sólo pedía que le dejaran en paz – no tenía nada para hablar con el médico.

La visita del médico no sería nada fácil. Indudablemente, cada uno de los tres miembros de la familia tenía una percepción de la situación muy distinta, y sus posturas hacia la visita también diferían. El doctor quería una conversación con los tres, pero no fue así. Roberto permaneció en su habitación, pero para sorpresa de todos, dejó que el médico entrara a hablar con él. Conversaron durante media hora y luego el médico salió contando que Roberto había consentido en ir a ver a una psicóloga. “Roberto dice que le molestan unas voces y que quiere ayuda. Mañana me pongo en contacto con el centro de atención de salud para pedir una evaluación lo más pronto posible. En el caso de que Roberto esté desarrollando un trastorno mental, es muy importante que el tratamiento se inicie en cuanto antes”.

6.3.2 El inicio de un largo camino

Ana ya se encontraba trabajando en el centro de salud y servicios sociales. En la reunión de la mañana se discutió la solicitud del médico de Roberto. Se decidió que una psicóloga se pondría en contacto con su familia. Se utilizó el programa de intervención temprana en la psicosis (TIPS) que lo hemos incluido aquí para mostrar cómo se puede utilizar. Ana pidió para participar de la conversación, pero no la dejaron, y le costó entender por qué. Sus colegas con más experiencia apoyaron la negativa, explicando que durante el contacto inicial el terapeuta debe dedicar todo su tiempo y atención intentando formar alianzas y obteniendo la confianza del paciente, tratando de conseguir que éste se sienta lo más cómodo posible. Un colega propuso que Ana después de la cita con Roberto le pidiera una evaluación a la psicóloga. Tal vez Ana pudiera participar en la terapia más adelante. Ana comprendió. Al mismo tiempo le hubiera gustado participar, ya que quería aprender.

Al realizar un diagnóstico surgen una serie de cuestiones éticas que se deben sopesar contra la necesidad y la oportunidad de comenzar un tratamiento temprano. Jørgensen, Larsen y Rosenbaum (2000) afirman que “Lo más importante es que el paciente puede estar preocupado de que se pueda desencadenar algo más serio, y que el tratamiento siempre debe estar dirigido principalmente a los síntomas que el paciente mismo esté experimentando”. Para más información sobre los aspectos éticos de la utilización de los diagnósticos véase el capítulo 9.

Roberto había elegido encontrarse con la psicóloga en su oficina la tarde siguiente. Hubo pocas respuestas a las preguntas, y cuando Roberto respondía, demoraba mucho en expresarse. La psicóloga no pudo iniciar ningún examen real esta vez. Era necesario tomarse un tiempo para crear lazos de confianza, y para iniciar así el desarrollo de una alianza. Sabía que tenía que hacer que Roberto se sintiera respetado por ser la persona que era. Roberto estaba acostumbrado a pasar mucho tiempo solo sin hablar con nadie. Parecía que le costaba expresarse, y hacía muchas pausas. La psicóloga logró esperar en silencio para que encontrara las palabras en vez de tratar de formularlas. Así se creó un espacio para escuchar su lenguaje silencioso – el no verbal. Roberto se sobresaltaba algunas veces, y otras tenía una mirada perdida. Por momentos parecía como si no estuviera presente en la sala. La psicóloga observó y escuchó características que podían indicar que Roberto tenía un trastorno esquizofrénico. Sin embargo, la determinación del diagnóstico tuvo que esperar. En este momento lo más importante era que él diera su consentimiento a una nueva charla tres días más tarde.

En el encuentro con Roberto la psicóloga optó por darle tiempo y consiguió crear un contacto incipiente. Probablemente una buena elección, que es apoyada por Eli Berg en El espacio creativo en el encuentro entre médico y paciente, donde en su estudio demuestra que lo más importante para el paciente es que el médico tenga el tiempo suficiente, que se le reciba con confianza, que se le escuche y tome en serio, que se le crea y que pueda confiar en el profesional (Berg 2004). Que éste sea médico, psicólogo, enfermero o asistente social es de menor importancia en este contexto. El papel profesional resulta casi insignificante cuando se trata de las relaciones interpersonales (Ingeberg 1994, 2000).

El obtener confianza, establecer una alianza y desarrollar una relación es importante en todo trabajo interpersonal. En el trabajo con los trastornos mentales esta necesidad, resulta aún más fuerte.

Existe un amplio consenso entre los clínicos acerca de que las personas con esquizofrenia deben tener una relación estable con un terapeuta primario que los siga durante mucho tiempo. Esto es esencial para que el paciente pueda sentirse seguro y tener confianza en el terapeuta, y para que el terapeuta pueda aprender a conocer al paciente. La comprensión de la dinámica y la interacción en la relación paciente-terapeuta puede ser una ayuda importante para desarrollar y cuidar de una relación terapéutica donde el paciente pueda sentirse comprendido en sus aspectos subjetivos y únicos. Este tipo de relación puede ser un requisito importante también para obtener resultados a través de otras formas de tratamiento.

En sus instrucciones la Comisión Nacional de Salud de Noruega (Statens helsetilsyn [2000]) subraya: En la siguiente entrevista con Roberto la psicóloga trató de hacerle decir algo sobre lo que veía como sus principales problemas. También se tomó un buen tiempo para destacar la importancia de poder dar el diagnóstico correcto para empezar a trabajar rápidamente con el tratamiento adecuado, y le informó a Roberto que era común el uso de una serie de pruebas en este trabajo. Roberto estaba dispuesto a tomar las pruebas, y resultó que tenía varias características compatibles con el diagnóstico de un trastorno esquizofrénico. La psicóloga le dio mucha información sobre el examen a seguir, el tratamiento, los procedimientos, los derechos y los fundamentos legales que se podían utilizar.

Los principales síntomas de la esquizofrenia

La esquizofrenia se divide en varios tipos. Los tipos más frecuentes son la paranoide, la hebefrénica y la catatónica. A menudo se ve que los síntomas se superponen. También hay que tener en cuenta que otros trastornos de carácter psicótico tienen síntomas similares que se presentan en forma transitoria o más persistentemente. Para los que trabajan con esta problemática es necesario saber diferenciar bien entre los distintos tipos mencionados de una manera más profunda. Aquí sólo damos una presentación general, que en forma aislada no sirve como base de un diagnóstico.

Una breve descripción de los síntomas:

Autismo:

Introversión, ensimismamiento y falta de interés por estímulos externos. Esto se puede ver como una forma de protegerse del mundo exterior. Por un lado, se puede interpretar como que el paciente desea evitar el contacto y por lo tanto la influencia de otras personas, por otro lado, puede que tenga un deseo subyacente de evitar convertirse en una herramienta para los demás. Esto puede convertirse en lo que se llama un fenómeno de depersonalización.

Trastorno asociativo:

El pensamiento sigue una serie de asociaciones de difícil acceso para los demás, pasa de una cosa a la otra. El paciente puede repentinamente saltar desde la mitad de una frase a la otra de manera que carece de coherencia. Se puede manifestar como un bloque o de pensamiento, es decir que el pensamiento es anulado. El lenguaje se puede cambiar, y puede considerarse como códigos. A menudo se repite una nueva formación de palabras una y otra vez. Puede haber patrones en el contexto presente y oculto.

La ambivalencia:

La agonía de tener que tomar una decisión, puede ser cuestión de vida o muerte. El paciente se siente expuesto a necesidades e impulsos en direcciones opuestas, lo que puede conducir a acciones obsesivas, aunque lo que suele destacarse en la ambivalencia es la dificultad de tomar decisiones.

Los trastornos afectivos:

Una reacción tal como recibir con una sonrisa la noticia de una muerte. Uno puede experimentar una reacción opuesta a lo que cabría esperar, o una falta de reacción.

(Basado en Snoek y Engdahl 2000/2004)

Síntomas secundarios de la esquizofrenia

También se pueden observar uno o más síntomas secundarios:

Trastornos del pensamiento:

La experiencia de que los pensamientos pueden ser escuchados por otros, como por ejemplo a través de la radio, o que otras personas pueden colocar pensamientos en la cabeza del individuo en cuestión. Esto se llama "detracción de pensamiento" e "inserción de pensamiento" y es muy común en los esquizofrénicos.

Alteraciones sensoriales:

Las alteraciones sensoriales tienen que ver con todos los sentidos, pero los más afectados suelen ser el oído, el olfato y el gusto. Hay que tener en cuenta que esta imagen también puede ser el resultado de una falla orgánica.

Ideas paranoides:

El paciente se siente bajo la influencia de los demás. Esto puede ser en relación a la familia y los amigos pero también en relación a un pueblo: "Me persigue el Talibán". El individuo en cuestión puede haber visto episodios por ejemplo en el informativo – ya sean ovnis, espías o terroristas – y los incorpora en su mundo de sospechas.

Los síntomas motrices:

Tanto una inquietud motriz como una caminata de ida y vuelta repetitiva, muchas veces con un murmullo para ahogar las voces interiores.

Síntomas positivos y negativos:

Los síntomas positivos son los síntomas activos, tales como alteraciones sensoriales y las alucinaciones, mientras que los síntomas negativos son los que dan una imagen de una llanura, de chatura total emocional, cansancio, falta de iniciativa y retraimiento.

(Basado en Cullberg 2000, Dahl et al. 03)

6.3 Una familia en crisis

Pocos días después de que Roberto había recibido su diagnóstico, la psicóloga se comunicó con sus padres, Adela y Eduardo. Marcaron una hora de consulta para verse. Naturalmente, el que a los padres se les confirme que su hijo padece un trastorno mental grave genera ciertas reacciones. La psicóloga había sugerido que Roberto participara en la conversación, pero él

dejó muy claro que no lo haría. “Papá siempre dice que soy perezoso, y mamá me insiste y llora. Tendrán que arreglárselas sin mí”, dijo Roberto. La psicóloga nunca lo había visto tan determinadamente firme.

Adela y Eduardo llegaron a la charla y era fácil de entender que Roberto no hubiera querido venir. Los dos mostraron reacciones muy diferentes y estaban cada uno y a su manera afectados por los incidentes de las últimas semanas. La desesperación, la culpa, la vergüenza, la negación y los remordimientos se manifestaron todos de forma alternada y desordenada en la conversación, a la vez que los padres tenían diferentes opiniones sobre Roberto y sus dificultades. La psicóloga entendió que tanto Adela como Eduardo estuvieran pasando por una crisis, y que muchas de las reacciones se podían atribuir a ella. Tenía una clara percepción de que había habido muchas preocupaciones y ocultamientos antes de la primera conversación de Adela con el médico. Dos por tres también le parecía percibir que Eduardo había estado preocupado. Probablemente había hecho un gran esfuerzo para ocultar sus preocupaciones, pero admitirlo ahora sería quedar expuesto. A la pregunta de la psicóloga acerca de cuánto tiempo se había sospechado que algo no estuviera bien, Adela dijo un año y medio, mientras que Eduardo dijo que llegó de pronto como un rayo caído del cielo. No paraba de repetir: “He hecho todo para conseguirle un trabajo, pero no ha funcionado”. La psicóloga le dio mucho apoyo a los padres, dando a entender que era comprensible que estaban pasando por una etapa difícil y que no era de extrañar. “Creo que para ustedes también será importante tener a alguien con quien hablar. No es raro que los miembros de la familia reaccionen de maneras diferentes cuando uno de sus seres queridos se enferma, y tener a alguien afuera con quien hablar puede ser útil. Puede también ser una ayuda para determinar los sentimientos de uno, aparte de la atención y los conocimientos útiles proporcionados en relación a la enfermedad”. Los padres acordaron intentar otra conversación más.

Después de un período en el que la psicóloga mantuvo conversaciones con los padres a la vez que continuaba dialogando con Roberto, éste estuvo dispuesto a que se reunieran los cuatro. Además, él continuaría sus entrevistas a solas con la psicóloga. Un poco más tarde la familia fue invitada a participar en un programa para pacientes y allegados.

6.4 el tratamiento psico-educativo

Como parte del tratamiento se puede ofrecer un programa para los que recién han sido diagnosticados y sus allegados, llamado tratamiento psico-educativo. Puede ser organizado de

distintas maneras, ya sea para varias familias juntas, para una familia sola, solamente para pacientes o sólo para allegados. Es importante que los interesados tengan la oportunidad de elegir lo que más les convenga. La experiencia dice que puede ser liberador y positivo atravesar el programa junto con otras personas en una situación similar. También es bueno que haya una creación de redes entre personas que puedan compartir experiencias y preocupaciones (Seikkula 2000). Sin embargo, no deja de ser importante respetar que no todos realizamos elecciones de la misma manera.

El proporcionar información, por no hablar de la educación, tanto a los pacientes como a sus allegados, ha sido un área descuidada en la práctica psiquiátrica, lo que probablemente ha generado inconvenientes extras para las familias y creado mitos acerca de lo que es el secreto profesional. Esto no quiere decir que se deban anunciar a los cuatro vientos las conversaciones confidenciales entre pacientes y terapeutas. El deber de informar se refiere más acerca de brindar información sobre los hechos, y sobre todo hablar con los allegados. Eli Berg (2004) utiliza el término de “con-ceder”, y de eso se trata: compartir inquietudes, entender los contextos, crear un entendimiento común. Es un proceso recíproco, tanto entre las familias y el personal de tratamiento como entre los miembros del grupo.

Es común que un grupo se reúna 8–10 veces. Los temas varían, pero se suele comenzar a hablar acerca de la esquizofrenia, sobre los diferentes puntos de vista de sus causas y sobre el tratamiento. En Noruega se ha optado por un enfoque ecléctico hacia la problemática. Esto significa que el énfasis se pone en las condiciones biológicas, psicológicas y sociales, sin pretender que haya una sola respuesta a todas las preguntas. También es común que se hable acerca de las actitudes y la comunicación.

Hay muchas maneras de hacer esto. En un amplio estudio realizado en Glasgow se habían estudiado 420 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia. De éstos se excluyeron los mayores de 67 años y algunos de los pacientes que se encontraban demasiado afectados durante el periodo de estudio, de manera que hubo 301 pacientes que recibieron ofertas para participar. De estos finalmente hubo 112 que formaron parte del estudio. Se dividieron en tres grupos. Un grupo se reunía una vez a la semana con un enfermero especial que los instruía, y otro grupo recibió una combinación de instrucciones a través de Internet y la conversación personal. El último grupo sólo recibió enseñanza basada en la web. La mayoría finalizó el programa, que consistió en un total de seis lecciones. En un estudio de seguimiento seis me-

ses después resultó que el grupo del medio era el que más había aprendido, el de enseñanza combinada; mientras que los pacientes estaban más satisfechos con la instrucción personal. Sin embargo, la diferencia entre estos grupos no era muy grande (Jones et al. 2001).

“Emociones expresadas” (EE) es un término que se refiere a cómo se manifiestan las emociones y cómo las actitudes se pueden hacer visibles. En los últimos años se ha realizado mucha investigación dirigida a las EE. Se ha encontrado que el tener una familia con un índice alto de EE, lo que significa una gran cantidad de comentarios hostiles, mucha crítica y un involucramiento exagerado, es perjudicial para el proceso de mejora. Esto se encuentra en contraste con las familias donde los comentarios cálidos y positivos son frecuentes (Hummelvoll 2004). El presentar este tipo de investigación puede contribuir a un cambio y una comprensión de que cada uno alrededor del paciente puede colaborar en su recuperación. El primer paso en un proceso de cambio a menudo implica poner en palabras lo que pueden representar dificultades y desafíos. Lo difícil tal vez sea abrirse con otras personas acerca de lo que para muchos pertenece al entorno privado.

Trabajando en el centro de salud Ana asistió a una reunión de equipo dirigida por Lucas, su orientador. El grupo tenía siete miembros: Roberto, sus padres Adela y Eduardo, su tía Sofía y otra joven paciente con su hermana y madre. La reunión duró una hora y media y se sirvió café. El tema de esta reunión fueron los servicios locales. Representantes de los servicios sanitarios y sociales estuvieron presentes informando acerca de éstos. Ana tuvo la impresión de que nadie en el grupo estaba familiarizado con las responsabilidades de la municipalidad.

Después de la reunión Ana escribió en su registro que sintió que el ambiente había sido agradable, pero que los participantes no hablaban entre sí. Hablaron o con Lucas (el orientador), o a veces con los miembros de sus propias familias. Roberto no dijo nada, sólo caminaba un poco hacia atrás y adelante. Sin embargo, Ana tuvo la impresión de que todos estaban interesados en lo que se dijo, y aceptaron una invitación para visitar el centro diurno. Ana sintió que necesitaba un mayor y mejor conocimiento acerca de cómo reaccionar en situaciones de emergencia y cómo se debe proceder en caso de que se presente alguna. Y se preguntó cómo su propia familia hubiera reaccionado en tal situación. De qué lado del mostrador uno esté a veces puede parecer arbitrario. La pregunta recurrente es: ¿Qué es realmente sano y saludable? También se puede alternar entre el precisar de ayuda y el ser ayudante. Un par de veces Ana se sintió abrumada por sus propios pensamientos y sentimientos y experimentó una

comprensión y ayuda de aquellos que inicialmente se definieron como los más necesitados. Ana terminó reflexionando acerca de lo complicado que puede llegar a ser el ser ayudante, sobre todo en el área de salud mental.

6.5 Un brote psicótico

Roberto continuaba yendo a las sesiones con su psicóloga dos veces por semana. También se había iniciado un tratamiento farmacológico. Poco a poco empezó a dormir de noche, y parecía que la psicóloga había comenzado a ganarse su confianza. La familia participaba de un grupo que recibía un tratamiento psico-educativo, y los padres tratando de procesar el shock asociado a la aceptación de la enfermedad de su hijo. Si aplicamos la teoría de la crisis que han experimentado los padres, podemos decir que ellos habiendo atravesado la fase de reacción se encontraban pasando a una fase de procesamiento.

Inesperadamente algo le sucede a Roberto. Esta vez es su padre, Eduardo, que llama a la psicóloga, contando que Roberto está completamente cambiado. Eduardo le había sugerido que se fueran a pescar juntos, como lo hacían en la infancia de Roberto. Entonces, y de repente Roberto dio un salto, le gritó al padre y se encerró en su habitación, donde los padres lo escucharon revolviendo cosas. Cuando trataron de calmarlo, empeoró. “Ten cuidado con las llamas”, le gritó Roberto al padre, “tengo que encender un fuego”. El padre estaba asustado y angustiado: “¡Antes no estaba muy bien, pero ahora está mucho peor!”

Roberto tuvo su primer brote psicótico evidente. Estaba confundido, tenía alucinaciones y repentinamente se ponía verbalmente agresivo hacia el padre. Se consideró la posibilidad de que Roberto fuera tratado en su casa, pero frente al peligro de que pudiera prender fuego al hogar y teniendo en cuenta el sentimiento de inseguridad presente en los padres, el médico consideró que lo mejor sería que ingresara en el hospital hasta que la situación se calmara. Se trató de motivarle a un ingreso voluntario, pero Roberto se negó. La situación del ingreso fue agotadora e indignante para toda la familia. Roberto mostró tanta resistencia que hubo que llamar a la policía para poder llevarlo al hospital. Tanto Roberto como los padres estaban ansiosos y desesperados.

6.5.1 En un centro de encierro

Para Roberto fue como un ultraje que lo internaran a la fuerza en un centro de encierro. Primero fue examinado por un médico. En la sala donde estaba internado se le presentó Pe-

dro, y le dijo que sería su persona de contacto. Ana, que estaba en la sala también, estaría con otro representante del personal. “¡Qué balbuceo!” pensó Roberto. “¡Qué cosas raras dicen! Ahora estoy en un verdadero manicomio”. Luego comenzó a gritar:

“¡Déjenme salir! ¡Ya! ¡Quiero salir!” Estaba asustado, confundido y le costaba defenderse contra todos los pensamientos que corrían por su cabeza. Cuando poco después comenzó a golpear la pared, apareció el personal rápidamente. Lo detuvieron. Para Roberto todo era un caos. “Respira tranquilo y siéntate en esa silla” oyó que Pedro dijo con firmeza. Tan pronto como el caos había estallado, desapareció. “Qué extraño”, pensaba Roberto. ¿Quién era él? Al rato Pedro vino con dos tazas de café y se sentó y le contó sobre el centro.

Pedro se dio cuenta en seguida cuando Roberto ya no podía absorber más éste se dio media vuelta y comenzó a murmurar para sí. Pedro le dijo que descansara un poco, que él saldría al corredor y que Roberto lo encontraría allí. “Ven a hablar conmigo si algo te molesta”, dijo y salió de la habitación. No pasó mucho tiempo antes de que Roberto abriera la puerta, y Pedro optó por entrar nuevamente. Estaba construyendo una alianza con Roberto. Tenía que demostrar que era confiable, pero a la vez sabía que esto requeriría su tiempo, mucho tiempo. La situación de por sí era desafiante. Roberto no quería estar allí, acababa de experimentar una hospitalización desgarradora, quería salir, quería estar a solas. Era evidente que necesitaba ayuda, pero también había que respetar sus deseos. A la vez, Roberto tenía el derecho a que le informaran. Pedro le había prometido que estaría allí, que estaría disponible, ahora ¿cuánto debería de insistir?

Ana le preguntó a Pedro cómo percibía a Roberto. Pedro le respondió que le parecía que Roberto estaba vulnerable y que necesitaba contención. Ana quería saber exactamente qué quería decir con que Roberto estuviera vulnerable. Vatne lo dice así: “La vulnerabilidad se puede expresar a través de diversas formas de conducta autoafirmativa, una alta actividad, retraimiento, hostilidad y conductas de autoprotección” (Vatne 2003). Pedro continuó:

Tenemos que tratar de que Roberto se sienta correspondido, pero no agraviado. Eso significa que debe ser visto y escuchado. Según Pedro era importante que en un principio Roberto no tuviera que lidiar con muchos profesionales distintos. “Tengo miedo de decir algo errado y que se enoje”, dijo Ana en voz baja cuando habían entrado en la sala del personal y repasaban los acontecimientos del día. Pedro la tranquilizó.

No tienes por que hablarle mucho. Ahora en el inicio me puedo hacer cargo yo de pasarle toda la información necesaria. Basta con que estés allí y que le respondas cuando se dirige hacia ti. Intenta ser lo más específica posible, pero en primer lugar, sé sincera. Si te pregunta algo y no sabes la respuesta, dilo. Roberto probablemente sea como la mayoría de los otros pacientes, al comienzo nos quiere probar. Es importante que cumplas lo que le prometes.

El trabajo diario en un centro o en un entorno que se caracteriza por problemas psicóticos puede ser muy cansador. Algunas personas son impulsivas hasta la agresividad, inquietas y algunas veces presentan delirios o alucinaciones. Otros se ven como ensimismados y pasivos, y puede ser difícil llegar a ellos. A veces también hay pacientes que pueden ser violentos. El ser el nuevo colega en un entorno así puede llegar a ser muy exigente. Muchos de nuestros estudiantes nos han contado que después de un día en un hospital psiquiátrico quedan completamente desgastados, a la vez que sienten que no han hecho nada. Cuando la locura es dominante, resulta un duro trabajo mantener el contacto con la realidad. Si para el personal, que pasa ocho horas en el trabajo y luego vuelve a casa, es tan cansador, ¿cómo será para aquellos que luchan para mantener el control sobre nuestra realidad colectiva, y que deben permanecer allí las veinticuatro horas del día?

Al salir del hospital, Ana se fue a su casa y se puso a escribir. Ésta fue la primera vez que había visto una persona psicótica. Había pensado mucho y se sentía aliviada de que Pedro pareciera tan confiado y que le respondiera tan cautelosa y detalladamente. Más importante aún era que fuera tan tranquilo y decidido con Roberto. Parecía que su comportamiento tenía un efecto calmante no sólo en ella. Decidió hablar un poco con Roberto el día siguiente, pero sólo de cosas cotidianas. Ana sabía que debería haber escrito más – las impresiones del día eran muchas, pero estaba muy cansada.

En la sesión informativa del turno de la mañana al día siguiente se contó que Roberto había estado muy inquieto por la noche, golpeando la puerta y queriendo salir. El personal extra que estaba en el trabajo tuvo que pedir ayuda a otra sala, y se llamó al médico de guardia. Le dieron una medicación adicional a Roberto. Por la noche durmió, y siguió durmiendo hasta el mediodía. Cuando se despertó, Ana pudo ver que aún estaba un poco adormecido bajo la influencia de la medicación, y le preguntó a Pedro por qué Roberto había sido medicado. No sintió que él fuera muy claro al respecto, pero dijo que iba a dejar constancia en la historia clínica de Roberto. “Es bastante difícil encontrar la dosis correcta”, fue su respuesta y añadió

que el centro tenía procedimientos específicos de seguridad a seguir en casos de sobreexcitación. Para Ana la respuesta era evasiva. Una cosa era calmar a alguien y ¡otra cosa drogarle! ¿Y el tratamiento individual del cual había hablado con tanto empeño el médico encargado? Ana tomó la decisión de seguir averiguando.

El tiempo pasó rápido. Aunque Ana sintiera que no había mucho que pudiera hacer por Roberto, y aunque algunos días habían parecido terriblemente largos, repentinamente ya habían pasado tres semanas. Roberto mostraba claramente que aún le gustaba pasar mucho tiempo solo en su habitación, pero de a poco Ana había logrado hablar con él. Ahora faltaba poco para darle el alta. Un día salieron a dar un paseo Roberto, Pedro y ella, y ahí Roberto, sin el murmullo habitual, les contó que a veces oía voces que no le gustaban y ahí escuchaba música. Ana le preguntó qué tipo de música prefería. “Trance y dance”, le respondió Roberto. Después del paseo Pedro le dijo a Ana que había estado bien en preguntarle a Roberto acerca de la música. Desvió la conversación de manera positiva, a la vez que le hizo seguir contando. Hubiera sido tentador preguntarle más acerca de las voces, pero según Pedro, en la situación en la que se encontraban había sido mejor no entrar en detalles sobre el tema. “Es importante encontrar un equilibrio entre la distracción sana del pensamiento y el profundizar en una problemática específica”, dijo Pedro. “Si Roberto se hubiera quedado aquí en el hospital, hubiéramos trabajado más con él acerca de las voces”.

Las personas con trastornos mentales pueden tener percepciones sensoriales fuertes que resulta importante que se pueda hablar sobre ellas. Puede ser una manera de afirmar que su experiencia debe ser agotadora. El apoyo y soporte continuo son sumamente importantes. También se puede entrar en una discusión acerca de las percepciones y las molestias que causan. No necesariamente diciendo que lo que el paciente oye o ve, está mal, pero por ejemplo sugiriendo que uno no oye o ve lo mismo. En un servicio de urgencias, esta forma de trabajar se puede repetir durante todo el día, una y otra vez y puede resultar desgastante, y el profesional tiene derecho a decir que ha llegado un límite. Según Belin (1987), “tiene que haber un límite realista en cuanto a nuestra tolerancia frente a los síntomas y padecimientos de los demás, o sea acerca de nuestra propia exposición en relación a los pacientes”. Cuando se hace necesario marcar estos límites, puede que un vínculo ya alcanzado se vuelva un poco tenso. A veces hay que volver a trabajar para conseguir cierto equilibrio, y ahí es importante distinguir entre lo que el paciente es y lo el paciente hace.

Si el vínculo y cierta alianza están presentes, la experiencia muestra que la mayoría de los pacientes aceptan que el profesional establezca ciertos límites. De lo contrario, puede ser necesario que un colega nos reemplace. Uno no resulta ser de ayuda cuando ha alcanzado su propio límite de tolerancia. En estas cuestiones es importante que seamos sinceros, lo que nos vuelve humanos también frente a los ojos del paciente. La mayoría entenderá y apreciará nuestra sinceridad; este hecho se confirma tanto en los testimonios de los pacientes como en investigaciones al respecto (Borg y Topor 2003). Básicamente se trata del dilema clásico en todo trato humano: Cuánto debemos acercarnos, y cuál es la distancia terapéutica apropiada. Para poder ver al otro se requiere distancia, pero para sentirse visto se precisa experimentar cierta cercanía (Martin Buber 1992).

La hospitalización de Roberto no fue voluntaria, pero por lo demás no se hizo uso de ningún tipo de coerción. “Por cierto”, pensó Ana, “la medicación la primera noche ¿hasta qué punto se puede decir que fue voluntario que Roberto la tomara? Es cierto que la internación forzada ya estaba suspendida y que Roberto luego consintió en seguir internado, ¿pero aún así ...?” se preguntó.

6.5.2 De vuelta a su habitación

Los padres de Roberto fueron a buscarlo al hospital cuando le dieron el alta. Roberto estaba ansioso y temeroso de volver a casa. Los vecinos, ¿sabían que había sido detenido por la policía? Ahora seguramente todos sabían que había estado en el “manicomio”. La madre de Roberto le respondió que el otro día una vecina le había preguntado por él, y le había respondido que lo estaban esperando pronto, pero que probablemente sería un poco difícil volver después de haber estado internado. Ahí la vecina le contó que ella tenía una hermana que había sido hospitalizada varias veces, pero que había sido hace mucho tiempo, y que ahora estaba muy recuperada. “Es anticuado pensar que estas situaciones son vergonzosas”, dijo la vecina. Roberto estaba contento por el apoyo de su madre, pero igual temía la vuelta. No los vio nadie cuando llegaron, pero a los dos días, cuando iba a hablar con la psicóloga, le volvió la ansiedad. No logró salir de la casa, pero sí aceptó hablar con la psicóloga por teléfono. Dos días más tarde fue acompañado a ver a la psicóloga. Ahora también había conseguido un ritmo donde dormía por la noche. Estaba de vuelta con sus medicamentos habituales. También había comenzado a cuidar su higiene personal un poco más que antes, al menos a veces.

Pasó el tiempo. Roberto iba regularmente a la psicóloga y los padres estaban concurriendo a un grupo de allegados.

Era el momento de pensar en el futuro. Roberto, ¿qué quería? Después de algunos titubeos llegó a la conclusión de que era importante mudarse de la casa de los padres. Pero no de inmediato – aún no estaba preparado. Con el tiempo llegaron a la conclusión de que un objetivo realista sería la de pasar a una habitación en la casa de la tía Sofía para practicar una vida más independiente. La segunda pregunta era quiénes serían sus personas de contacto y qué se haría en el caso de que Roberto volviera a tener una recaída. Se decidió que tendría una persona de contacto en el centro de salud y que planificarían actividades cotidianas conjuntamente. En primer lugar, se reunirían con la psicóloga que Roberto ahora conocía y con quien tenía confianza. Si Roberto, su persona de contacto u otros notaran que parecía volver a enfermarse, tomarían contacto con la psicóloga inmediatamente. Roberto seguiría con ella por un tiempo más.

6.5.3 Hacia una vida independiente

Un día llegó Ana del centro de salud a la casa de Roberto. No habían tenido una primera reunión en la oficina de la psicóloga como estaba previsto, por lo tanto había que establecer el contacto. Este día Roberto habló poco sólo respondía con monosílabos. Ana le preguntó qué le gustaba hacer, pero no obtuvo respuesta. Luego le preguntó si quería salir – ¿a tomar un café, tal vez? Ahí Roberto sólo negó con la cabeza. Ana se sentía un poco impotente, pero luego le preguntó si tenía ganas de mudarse. Ahí vino la madre de Roberto al rescate y dijo que todavía tenían mucho tiempo para planificar la mudanza. ¿Quizás Ana quería un café? Adela entró en la cocina a prepararlo. Ana le preguntó a Roberto sobre el cuadro en la pared de su habitación, si él había estado en el lugar retratado. Roberto dijo que no. Cuando su madre les avisó que el café estaba servido, Roberto se quedó en su habitación.

¿Qué pasó en esta situación? Ana probablemente se empeñó demasiado; para Roberto fue difícil procesar tantas cosas a la vez. El comportamiento de Ana es bastante común para profesionales que no tienen la experiencia suficiente en tareas como ésta. Para Roberto fue demasiado pronto y las preguntas resultaron muchas. Una opción que Ana no había considerado, era contar un poco acerca de sí misma y los servicios que representaba. Al salir de la casa Ana se dio cuenta sola de ello, lo que generó que actuara de forma muy diferente la próxima vez. Roberto demoró en relajarse y hablar con ella, y sólo después de varias semanas

le habló por iniciativa propia. Ana quedó contenta al sentir que el hielo se había derretido. Por su parte se había empeñado en cumplir en todo lo que le había dicho a Roberto. Después de unas semanas Roberto aceptó venir con ella al centro local de actividades. No tuvo inconveniente en ir de visita, pero no quiso frecuentar el centro con regularidad. En muchos países hay centros de actividades donde las personas con trastornos mentales pueden ir de día. Algunos participan en proyectos formativos, otros en actividades, y otros reciben formación laboral.

Un día fueron Roberto, Ana y un colega de ésta a la playa junto a un paciente de contacto de este último. Hicieron un pollo a las brasas. Roberto expresó que le gustó el paseo, y contó que de pequeño iba a la playa con su tía Sofía. Ana le preguntó si a Roberto todavía se llevaba bien con la tía. “Sí y aparte nunca me insiste demasiado”, dijo Roberto.

Ana y Roberto tuvieron una conversación con Sofía. Se acordó que los dos a veces saldrían de paseo. “Es bueno para mí también. Ahora que me he quedado sola, me puedes ayudar a salir, Roberto”. La tía resultó ser muy comprensiva, sólo que no había sabido muy bien como podía ayudar.

A Roberto le gustaba pescar. Tenía una persona de contacto para recreación y salían juntos. A veces venía Eduardo, el padre, también. Roberto todavía tenía un comportamiento algo evasivo hacia su padre. Le había dolido mucho que le hubiera acusado de perezoso. A esta altura Eduardo ya no pensaba lo mismo, pero le costaba reconocer que se había equivocado. Tenía dificultad para abrirse, y entre él y Roberto había como una solapada guerra de posiciones. En cuanto a la madre era casi lo contrario ella a veces parecía hasta empeñarse demasiado. Hablaba sin parar sobre los cambios que estaban por venir y todo lo que Roberto podía hacer en el futuro, lo que a Roberto muchas veces le hacía volver a encerrarse en su habitación. Una vez que Ana vino a verle, le dijo que tenía ganas de mudarse. Poco después le consiguieron una habitación bastante grande en un apartamento alquilado con otras dos personas. Compartirían la sala de estar, la cocina y el baño. Roberto y Ana visitaron la casa varias veces antes hasta que finalmente llegara el día de la mudanza.

En su nueva casa Roberto practicaba como cocinar, hacer las compras, limpiar y estar con los demás. Al principio se retraía mucho, pero poco a poco empezó a sentirse a gusto con los demás. El contacto con la psicóloga se había reducido, pero seguía hablando con Ana regularmente. Hacían acuerdos regulares sobre las tareas que Roberto haría para la próxima vez. Ana le exigía que cumpliera, y también podía llegar a enojarse cuando no lo hacía. Él trataba

de tomárselo con humor, y a los dos les gustaba bromear juntos. En realidad a Roberto le gustaba que se le exigieran cosas, siempre que no le insistieran.

Ni las personas con trastornos mentales ni sus síntomas son los mismos. No todas las historias son como la de Roberto, a menudo hay muchas más obstáculos a saltar. Resumiremos los puntos clave para el ayudante.

No importa donde el paciente y el ayudante se encuentren y en que circunstancias, es necesario invertir tiempo para crear alianzas. Hay una diferencia entre preocuparse por una persona y querer ayudarla. Para una persona vulnerable esta diferencia es especialmente importante. Si el ayudante en el inicio de la relación se empeña demasiado, el resultado es casi siempre el contrario a lo que se busca. Ahí no hay nada más que hacer que lo que se haría en un juego de mesa: volver a tirar los dados y comenzar de nuevo. El ayudante tiene que mostrarse digno de confianza. La confianza no es algo que se tiene, es algo que se obtiene de a poco (Martinsen 1989). Muchos que padecen de un trastorno mental tienen una larga historia de rupturas de contactos y tienden a tener sospechas y recelos de los demás. Por tanto, una regla general es que hay que cumplir todo lo acordado. Algunos probablemente pondrán esto a prueba, y por eso puede ser una buena idea involucrar a algunas personas más para que puedan sustituir al ayudante en el caso de que ocurra algo inesperado e inevitable aunque este contacto se deba reservar para casos de emergencia. Cuando se haya logrado establecer el primer contacto, el paciente y el ayudante pueden fijar algunas metas pequeñas. Al paciente sí se le puede exigir, pero hay que hacerlo con calidad, siempre teniendo en mente todos los aspectos de la situación. Muchos ex-pacientes han descrito la experiencia de atención como algo agobiante. En una fase aguda puede ser necesario que el ayudante tome las riendas, pero por lo general esta fase debe ser corta. La historia nos ha enseñado que muchos de los sufrimientos adicionales que las instituciones han dado a sus pacientes, han sido vinculados a la falta de responsabilidad en sus propias vidas, la asistencia ha sido demasiada (E. Goffman 1967). Una persona con un trastorno esquizofrénico no es de por sí frágil, sino que necesita una asistencia bien medida para poder vivir una vida independiente. Este proceso puede ser más lento que en el caso de Roberto.

En todo trabajo relacional es importante mostrar empatía, y sobre todo hacia las personas afectadas por problemas de psicosis.

La empatía significa capturar y comprender los sentimientos ajenos y guiarse por el entendimiento en contacto con el otro. Por lo tanto, se trata a la vez de un proceso interno para llegar a un entendimiento y una forma de comunicar comprensión, no sólo en palabras sino en todas las acciones dirigidas hacia el otro” (Holm 1995). Holm nos revela la amplitud del concepto de la empatía. Directamente traducido la palabra empatía significa entendimiento compenetrado. La comprensión empática se puede describir como un proceso de cuatro fases: identificación, incorporación, repercusión y desapego (Wilson y Kneissl 1979).

El trato con personas que optan por ensimismarse a veces se puede sentir casi demasiado fuerte. El humor no es un tabú; todo lo contrario. Una comunicación abierta en la que se afirma al otro puede ser una buena base para la cooperación. También hay que tener en cuenta que la comunicación es más que palabras. El ayudante puede hacer un trabajo útil sin hablar todo el tiempo, pero tiene que estar atento. El paciente se da cuenta de la presencia real del otro, aunque no siempre se puede esperar una reacción inmediata. En cuanto a la organización de las actividades, es importante comenzar a partir de los intereses previos del paciente o pasar un rato juntos para encontrar nuevas actividades. La primera vez es mejor que sólo participen el paciente y su ayudante o que sea un grupo pequeño. Más adelante muchos pacientes se benefician de los centros de actividades, la participación en actividades culturales regulares o, en países como Noruega, el trabajo en ONGs como Salud Mental. Salud Mental es una organización por y para los usuarios. Se centra en sus derechos y trabaja para mejorar las condiciones de las personas con trastornos mentales. A través de la participación en dicho trabajo también se mejora la autoestima y la autovaloración.

Un aspecto que resulta de los más difíciles en la relación con personas con un trastorno esquizofrénico es la cuestión de si se debe hablar acerca de sus percepciones sensoriales o no. Puede haber buenas razones tanto para hablar de ellas como para no hacerlo. El contexto es de gran importancia, y también hay que ver cómo se manifiestan las percepciones – lo mejor será ir viendo. Muchas personas con un trastorno esquizofrénico cuentan que se sienten bien al poder hablar de lo que constantemente les llena la mente, y que les resulta extraño cuando se pretende hacer como si no pasara nada. Ahora, la distracción también puede ser beneficiosa. Es un alivio poder desviar los pensamientos un poco, y a su vez esto proporciona un descanso bien merecido.

El respeto mutuo es importante. La igualdad también se trata de respeto. Es obvio que el

ayudante debe mostrar respeto por aquel que recibirá su ayuda – la persona está en su derecho. Ahora, el ayudante tiene el mismo derecho. Se le debe respetar como persona y por el trabajo que realiza. El ayudante no es ni honesto ni confiable si no está atento a sus propias limitaciones.

Hasta nuestro tiempo las diferentes formas de la esquizofrenia han sido consideradas como el más grave de todos los trastornos mentales. Al que se diagnosticaba como esquizo-frénico tenía que vivir con la enfermedad de por vida. La posibilidad de que se curara era casi inexistente. Por suerte el panorama hoy en día es un poco más optimista. Si el paciente obtiene un tratamiento al inicio que incluye aspectos médicos, psicológicos y sociales, tendrá una gran oportunidad de futura participación en una vida independiente (Seikkula 2000).

6.7 Ana en el grupo de orientación con otros

En la historia de Roberto hay varios temas que para Ana son relevantes de discutir en su grupo de orientación. El primero fue cuando el médico no la dejó participar en la primera conversación con Roberto, que le hizo sentirse incómoda y poco valorizada. ¿Cómo iba a aprender si no le dejaban asistir? En la discusión en el grupo Ana reconoció que le había molestado bastante. Los otros la apoyaron en que era difícil ser el colega “nuevo”. El orientador se detuvo en la función del “nuevo” y le preguntó lo que significaba eso para Ana. “Siempre tengo miedo de decir o hacer algo incorrecto. Cuando el médico no me dejó participar, pensé que era porque me consideraba tonta y que no sirvo para este tipo de trabajo”. Vemos aquí cómo Ana mueve el foco de sus propios sentimientos, su propio temor, atribuyéndole a los “otros” pensamientos sobre sí misma. Este fenómeno se denomina transferencia y se discutirá con mayor detalle en el capítulo 7. El grupo se centrará ahora sobre el nuevo papel de Ana, que a muchos les interesaba. “Por un lado soy nueva y sé poco o nada acerca de cómo se ayuda a la gente aquí, y por otro lado soy parte del personal que se supone que lo sabe”, dijo otro colega que también era nuevo. “Entiendo cómo se siente Ana”, dijo un tercero. “Cuando estoy en otro tipo de práctica me puedo esconder detrás de las tareas que hay que hacer, pero aquí lo más importante parece estar presente aunque no haya tantas tareas para hacer”, terminó. “¿Puedes hablar un poco más acerca del momento que te diste cuenta que estabas molesta?” preguntó el orientador. “Me sentí muy bien recibida en el centro y estaba contenta, sintiendo que estaba en un lugar donde se podía aprender mucho. Probablemente cuando no me dejaron participar es que me di cuenta que estaba molesta. Es natural, ¿verdad?” De esta manera Ana pidió apoyo al grupo. Algunos hicieron comentarios: “Se entiende que no

te guste que no te dejen participar. Mi situación es completamente contraria, en mi sala se supone que lo sé todo y debo responder a los pacientes solo. Ayer estaba solo cuando vino un paciente. Traté de hablar con él, pero él sólo hablaba consigo mismo, se sentó en un rincón y siguió murmurando. Fue desagradable, y me fui a la sala de personal”. Otro preguntó: “¿Con quién estabas molesta, Ana?” “Con los que me dejaron por fuera, con todo el sistema”, reconoció ella. El orientador se interesó e intervino:

“Dices que sentías que tenías poco valor. ¿Puede ser que estés entendiendo algo distinto de lo que pensabas que ibas a aprender? Trata de ponerte en la situación del nuevo paciente, que por primera vez va a tener una conversación con un profesional. Tienes miedo y te sientes incómoda en la situación. No conoces a nadie. ¿Te imaginas lo que se siente al ser recibido por varias personas que te hacen preguntas?” Ana se quedó pensativa y callada. Otro estudiante dijo: “Lo sentiría bastante humillante”. “Visto desde esa perspectiva tal vez sea así, pero tampoco es tan fácil. Se supone que estamos aquí para aprender”. “¿Aprender qué?” le preguntó el orientador a Ana.

“Se supone que debo de aprender sobre esta área. Entonces supongo que el tema es la construcción de alianzas, y que se trata de ir despacio y mostrarle al paciente que se le respeta. ¿Tal vez haya también una similitud entre los sentimientos que tengo ahora y lo que Roberto posiblemente haya experimentado cuando vino? El de no pertenecer. También vino por primera vez y probablemente estaba inseguro de lo que le esperaba. Él tiene sus problemas también. Debe ser difícil si en una situación así son muchos los que te esperan”. “Me parece a mí, ¿o ya no estás más molesta?” preguntó el orientador. “No, molesta no, pero me doy cuenta de que debo pensar un poco más sobre esto”, respondió Ana. “Está claro que una situación se puede ver desde varios ángulos, pero tampoco es tan fácil. De todos modos me ha ayudado mucho poder hablarlo con ustedes. Ahora, te acuerdas lo que escribí en mi informe. ¿Que a Roberto le dieron mucha medicación?” El supervisor le pidió a Ana que le contara al grupo acerca de la situación. Luego el grupo pasó a reflexionar sobre los procedimientos de seguridad y cómo es estar en situaciones donde hay que considerar el uso de dichos procedimientos.

6.7.1 ¿cómo se pueden entender las reacciones en el grupo de orientación?

Existe un claro paralelismo en las reacciones de Roberto y de Ana. Ambos son nuevos en el centro y de diferentes maneras expresan su vulnerabilidad. El grupo está tratando de com-

prender la situación de Roberto a través de las circunstancias que surgieron después de la hospitalización. Para Ana al principio es difícil entenderlo, ya que en cierto sentido se siente marcada por su propia experiencia de ser dejada de lado. Es razonable suponer que algunos de los sentimientos de Roberto y Ana – el paciente y el ayudante –son muy similares. Ambos están en un nuevo entorno y pueden sentirse dolidos. Roberto porque fue internado en contra de su voluntad, Ana porque no pudo participar en la primera reunión.

Veamos de qué distintas maneras los dos están afectados. En la reunión de información de la mañana, el día después de la hospitalización de Roberto, se da a conocer que Roberto por la noche estuvo muy sobreexcitado. Ana reconoce en el grupo de orientación que está molesta. Ambos tienen una reacción hacia “el sistema”. El carácter de la reacción es diferente, pero ambos necesitan hablar acerca de sus experiencias, lo que se hace en contextos distintos. Lo que podemos aprender de esto es que las reacciones humanas son bastante similares. Tanto el paciente como el ayudante precisan de tiempo y ayuda para clasificar sus reacciones. Para Ana tal vez fue un pensamiento extraño que su experiencia fuera comparada con la de Roberto. Se puede suponer que la reacción agresiva de Roberto fue una respuesta a la tensión generada por la hospitalización. Sin embargo, no sabemos si hubiera tenido una reacción similar si no hubiera sido internado. Aquí se considera que el riesgo de no internarlo es más grande que la hospitalización.

La situación también nos muestra cómo el sistema responde a la reacción de Roberto, y que Ana se pregunta si no hubo una sobreactuación por parte del personal. Hay varios factores que probablemente han influido en las decisiones tomadas. Sabemos que había un personal extra de reforzamiento ese día debido a la internación de Roberto y sus distintas reacciones. Alguien del personal fijo tal vez se hubiera sentido más seguro, lo que posiblemente hubiera influido en la situación o tal vez la hubiera evitado.

Los motivos de la evaluación del médico no los tenemos, pero el personal extra siguió las instrucciones y pidieron la ayuda de los otros. Desde la perspectiva de la seguridad es importante que en este tipo de situaciones nadie actúe solo. Puede haber circunstancias tan complicadas que necesitan ser evaluadas por varios profesionales. Existen procedimientos claros para crear a la vez confianza y seguridad. El personal extra tenía que considerar la seguridad de Roberto, la de los otros pacientes y su seguridad propia. Sin embargo, es apropiado y sensato hacer preguntas como lo hizo Ana. La medicación de Roberto, ¿fue una medida adecuada? La dosis, ¿fue demasiado alta? ¿Podrían haberse adoptado otras medidas iguales de

buenas? No tenemos las respuestas, pero la situación describe uno de los muchos dilemas a los cuales se enfrenta diariamente el personal de la salud mental.

Para que el encuentro entre pacientes y profesionales de la salud funcione bien, se necesita un buen ambiente de trabajo en el que a la persona se le brinda el apoyo y la oportunidad de procesar sus propias actitudes y reacciones. Demasiado estrés puede afectar la posibilidad del profesional de dedicarle el tiempo necesario, lo que puede llevar a que la atención a los pacientes se sienta como una carga.

Si volvemos hacia atrás y miramos lo que sucedió en el grupo de orientación, hay dos fenómenos dignos de comentar. Uno de ellos es el proceso grupal, el otro es cómo se lidia con las voces. En el grupo había otra persona que también era nueva en su trabajo y que, cuando en realidad se habla de la experiencia de Ana, saca como tema sus experiencias del día anterior, sobre cómo se debe relacionar con los pacientes que dicen oír voces. Esto demuestra lo difícil que es seguir con un mismo tema en un grupo cuando alguno de sus integrantes se encuentra afectado con una experiencia propia. Este integrante dice entender como Ana se siente. La secuela se puede entender como si estuviera tratando de decirle a Ana que él también está pasando por un momento difícil, pero luego saca su propio tema. Aquí el orientador podría haber sido más claro al volver a enfocar el tema de Ana. El proceso grupal pierde claridad cuando se empieza a hablar de nuevos temas sin haber terminado la discusión de los previos. Según nuestra experiencia, esto sucede bastante a menudo, especialmente con estudiantes que son nuevos y las impresiones son muchas.

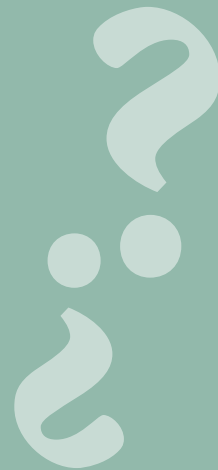
Por último, hablemos un poco más sobre el tema del compañero de grupo de Ana, el que experimentó que un paciente al entrar en la sala no quiso hablar con él. El primer consejo que podemos dar aquí es que el profesional muestre un poco de atención al paciente asintiendo con la cabeza, sonriendo o saludando a la manera que le resulte natural. Luego hay que esperar y ver si el paciente quiere hablar. Para el paciente puede ser suficiente estar sentados juntos en silencio. Pero el silencio puede resultar difícil de sostener, y muchos optan por retirarse. Otros pueden sentir una paz de estar juntos sin que se requiera una conversación.

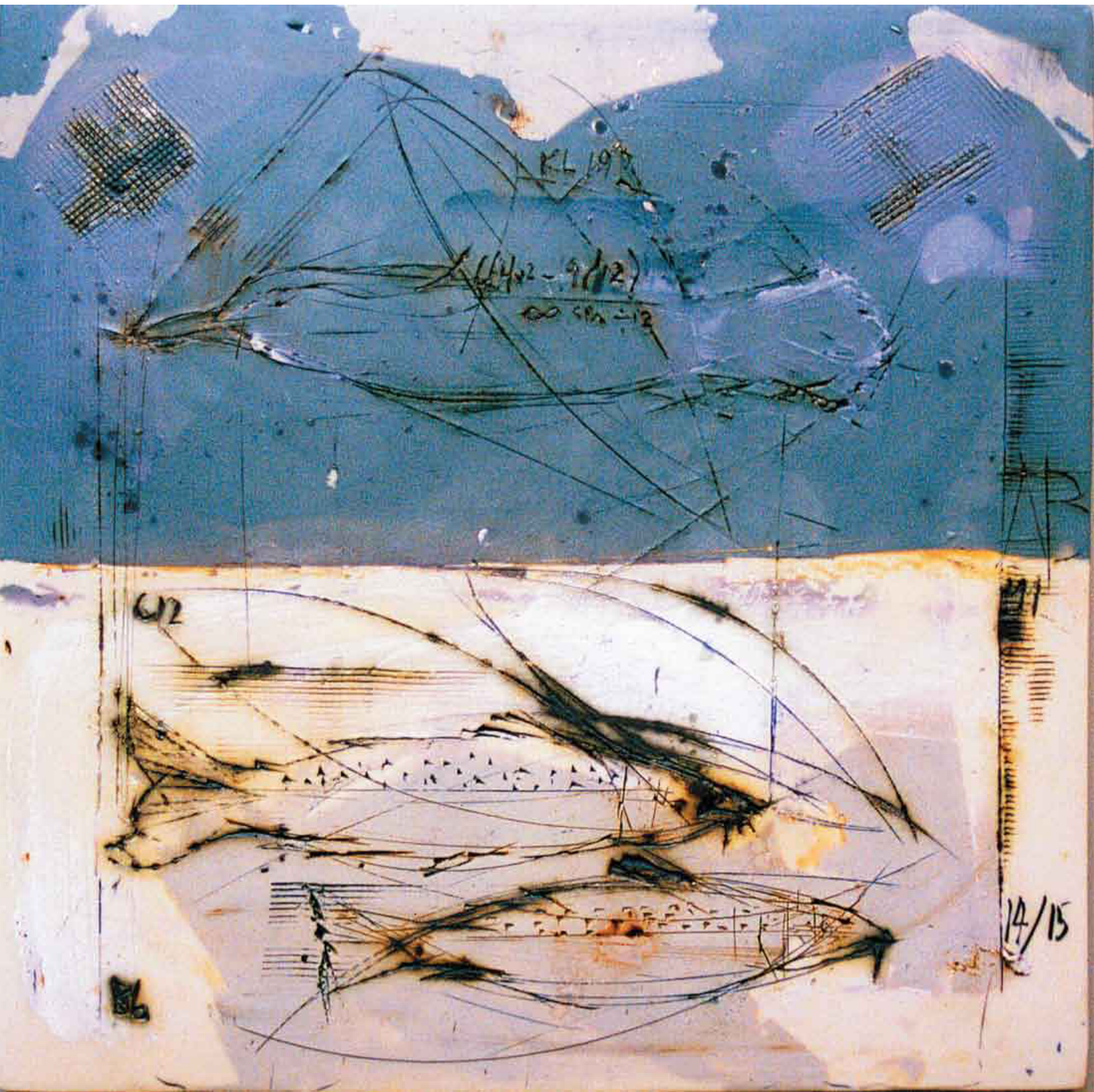
Indirectamente el estudiante pregunta cómo debe relacionarse con las voces interiores de los pacientes. ¿Debe de preguntar, responder, negárselas o confirmárselas? No hay ninguna receta, excepto que el primer paso sea escuchar. Luego se puede pedir ayuda al orientador o a

otros con experiencia específica con el paciente en cuestión. Para entrar en una conversación acerca de las voces y lo que pueden significar, uno debe tener algún tipo de formación. Las voces no siempre son desagradables y pueden representar cosas diferentes para los que escuchan y hablan con ellas. Lo más importante es que a los pacientes se les trate con respeto.

6.8 Ejercicios de reflexión, capítulo 6

- Reflexionar sobre lo que puede significar que el trastorno mental y la psicosis se definen de diferentes maneras. ¿Qué consecuencias puede tener?
- Para que los pacientes con esquizofrenia se sientan seguros, es necesario dedicar cierto tiempo para establecer un contacto con ellos. ¿Cómo el profesional puede fortalecer su propia capacidad para ese trabajo?
- El retraimiento puede ser un síntoma de la psicosis. Hemos tratado de hacer hincapié en la importancia de contrarrestar la tendencia de que el paciente se retrotraiga. ¿Qué pensamientos tienes acerca de esto?
- Piensa en cómo se puede ayudar a la familia de las personas con esquizofrenia.
- ¿Cómo se puede trabajar para poder hablar de situaciones donde el profesional se haya sentido inseguro?





7.1 Una historia sobre Magdalena

Magdalena desde la adolescencia fue una chica vivaz y alegre. Le gustaban las fiestas, y también se emborrachaba con los amigos. Tenía algunos buenos amigos y su rendimiento escolar era normal. A los 16 años de edad se enamoró con Daniel, que tenía 20 años, y empezó a pasar todo su tiempo con él. A las viejas amigas sólo las veía muy de vez en cuando. Las amigas la veían cambiada. Ya no era la misma chica divertida y alegre, y ya no reconocían la nueva versión de Magdalena.

A un encuentro con las amigas llegó muy borracha, contando que su relación con Daniel estaba en crisis. Daniel le había dejado después de una pelea terrible acerca de la lealtad y la fidelidad. La noche anterior Magdalena se había enterado de que Daniel unas semanas antes había estado con otra chica en una cafetería en el centro, y que se habían ido juntos, y había enfrentado a Daniel con la situación. Daniel le explicó con lujo de detalles que era una amiga del pueblo. Se habían encontrado de casualidad, y habían ido a tomar un café. Después de haber caminado juntos unos pocos cientos de metros por la calle, se habían despedido.

Magdalena de ninguna manera se tranquilizó con la explicación, y siguió haciendo preguntas relacionadas a la supuesta amiga. Estaba cada vez más enojada, y por cada explicación tranquilizadora de Daniel más se enfadaba. Al final Daniel también se enojó. Le espetó que ella quería controlar todo lo que hacía, y que estaba cansado de no tener una vida propia en la que podía hacer las cosas que quería por su lado. Frente a este planteo Magdalena reaccionó con furia, y le arrojó un jarrón de flores a Daniel. Le rozó la mejilla antes de romper un cristal de la ventana. Antes de marcharse, Daniel le dijo que daba por terminada su relación, y que no quería volver a verla nunca más.

Magdalena se quedó sola, sintiendo entumecido todo su cuerpo. Se le adormecían los dedos. Se dejó caer en el suelo, donde se quedó sentada mirando hacia el vacío. Intentó ordenar sus pensamientos, pero sin lograrlo. No podía dejar de pensar en lo que Daniel le había hecho, y sentía mucha rabia contra él. Al mismo tiempo lloraba. Sollozando se acostó en posición fetal y rezó una oración en silencio de que volvieran a estar juntos.

Después de unos minutos Magdalena se levantó y comenzó a buscar su celular. Quería enviarle un SMS a Daniel pidiéndole perdón por todo lo que había dicho. Buscaba el teléfono desesperadamente, hasta que se dio por vencida – no lo encontró. Entró en el baño y sacó dos frascos de medicamentos y vació los dos. Después le dio mucho miedo, y salió corriendo a la casa de los vecinos. La llevaron al médico, donde le atendieron de inmediato y le realizaron un lavaje de estómago. Le marcaron una consulta en la policlínica psiquiátrica al día siguiente. Magdalena no fue a la consulta, pero sí fue al secundario como de costumbre. Nadie podía notar que sólo unas pocas horas antes había ingerido píldoras para quitarse la vida. Sin embargo, su rendimiento escolar después del incidente fue rápidamente cuesta abajo. Estaba distraída, sin poder concentrarse. Las viejas amigas no quisieron retomar el contacto con ella.

*Se dejó caer en el suelo,
donde se quedó sentada
mirando hacia el vacío.*

Después de haber terminado el secundario, Magdalena comenzó a trabajar en un supermercado. Le fue bien durante tres meses, pero un día su jefe se enfrentó a ella diciéndole que trataba mal a los clientes. Según él, parecía como si le molestara casi todo lo que decían y

hacían. Uno de sus colegas se sorprendió al verle retar a un cliente por pedir un tamaño diferente de suéter. El cliente salió de la tienda inmediatamente después de quejarse en voz alta por la mala de atención. Habían ocurrido varios incidentes de este tipo.

Cuando Magdalena se ennovió de nuevo, estaba muy agradecida. Había estado triste y deprimida, y se sentía incómoda estando con otras personas. Ella y el novio obtuvieron un muy buen contacto de inmediato. Hablaban de todo, y para ella era como si se hubieran conocido desde la infancia. La vida cambió completamente – de ser pesada y sin contenido a ser emocionante y gratificante. Para Magdalena era como si estuviera flotando en una nube. El nuevo hombre en su vida representaba todo lo que ella siempre había querido, pensaba. Era divertido y tenía una manera efusiva de ser que a Magdalena le encantó.

Después de unos meses la relación empezó a cambiar. La generosidad que el novio le había mostrado al principio, se transformó en un desagradable control sobre ella. Cada vez le hablaba más de las expectativas que tenía hacia ella, y estas expectativas fueron adquiriendo carácter de requisitos obligatorios. Luego el novio comenzó a golpearla por el más mínimo error que frente a sus ojos había cometido. Pronto la vida de Magdalena se transformó nuevamente. Al principio pensó que el novio tenía derecho a actuar como actuaba. Magdalena

aceptaba que no era impecable, y tampoco le parecía que pudiera cumplir con el ideal de sí misma que llevaba adentro. Por el contrario, no se sentía capaz de cumplir con las expectativas del novio de la manera en que tanto él como ella querían. Después de años de convivencia, hizo otro intento de suicidio grave.



Los trastornos de personalidad – datos

El trastorno de personalidad es una condición permanente que se caracteriza por rasgos de personalidad discrepantes, que a menudo se manifiestan ya en la juventud. Estos son rasgos tan evidentes que crean problemas tanto para la persona misma como para sus alrededores. Anteriormente era usual dividir dichas condiciones en neurosis de carácter y psicopatía. Hoy se utiliza el término genérico de trastorno de personalidad para ambas condiciones. Los términos de psicópata y psicopatía tienen un lado poco amigable y fácilmente se abusa de ellos en el habla cotidiana. Por lo tanto, actualmente estos términos resultan algo extraños en contextos profesionales.

Para entender lo que es el trastorno de personalidad, tenemos primero que ver lo que son el temperamento y la personalidad. El temperamento se trata, en un sentido amplio, de la actividad y las emociones de una persona. Se estima que alrededor de un 70 % de nuestro temperamento está genéticamente determinado. Nuestra personalidad se desarrolla con la edad. Es común suponer que para la mayoría de nosotros gran parte de la personalidad se termina de definir alrededor de los 16–18 años de edad. Lo que se puede afirmar es que nuestra personalidad está formada por nuestra propia y distintiva manera de reaccionar. La personalidad abarca las reacciones cognitivas, emocionales y conductuales. El desarrollo de la personalidad está influenciado por la familia, la escuela, los amigos, los coetáneos, la cultura y la sociedad. Desarrollamos diferentes intereses y absorbemos maneras de actuar, actitudes morales, creencias y opiniones políticas – todo esto contribuye a formar nuestra personalidad. Las personas con trastorno de personalidad tienen una manera de ser y un comportamiento que se aparta de lo usual. La persona generalmente tiene problemas significativos en su relación con los demás. Él o ella a menudo carecen de flexibilidad en la compañía de otros. Estos son comportamientos que caracterizan a la persona a temprana edad. Por lo general perduran durante toda la vida adulta, pero muchas veces son menos evidentes con la edad.

Hay una transición gradual entre la normalidad y un trastorno de personalidad. Por lo tanto, los rasgos de personalidad negativos deben haber originado graves problemas para la persona en cuestión o para los demás, para que un terapeuta utilice el diagnóstico de trastorno de la personalidad en él. Si se utiliza una definición estricta del término, serían muy pocas las personas que presentan un trastorno de personalidad.

Citado del artículo en la página web del Consejo Noruego para la Salud Mental (Rådet for psykisk helse): www.psykiskhelse.no/artikkel.asp?id=917 (20.03.02)

7.2 ¿cómo se puede entender la historia de Magdalena?

La historia de Magdalena es larga. Muchos probablemente dirían que varios de los episodios que se han presentado aquí, no son tan infrecuentes en la adolescencia. Por otro lado, éstos en la vida de Magdalena resultan bastante numerosos, y también resulta claro que en ciertas situaciones tiene dificultad para controlar sus emociones. Al parecer una influencia externa mínima activa su agresión, y esta reacción agresiva puede parecer tanto excesiva como poco razonable. Esto significa que la fuerza de la reacción emocional de Magdalena no se adapta a las circunstancias externas, y que el contenido de la reacción es exagerado: no es adecuado a la situación. Las reacciones de Magdalena parecen estar relacionadas al desarrollo de su propia vida emocional más que a la propia situación. Esta relación no sólo se muestra en su agresividad. La reacción de Magdalena frente a los golpes de su nuevo novio, no es en absoluto proporcional a la situación – nadie merece ser maltratado. Comparado con la situación de Elna, presentada anteriormente, también vemos que ella tiene una reacción hacia la ofensa completamente diferente. De una manera se puede describir la reacción de Magdalena como extrovertida a diferencia de la reacción de Elna (véase el capítulo 4), que se vuelve ansiosa. Pero para entender por qué Magdalena reacciona como lo hace, debemos

Nadie merece ser maltratado.

tener una imagen de cómo se ve el mundo interior de Magdalena. Debemos formar una imagen de cómo sus acciones externas inmediatas corresponden a su organización mental. Magdalena fue ayudada por una clínica psiquiátrica. Allí, recibió un diagnóstico: Magdalena tiene un trastorno de personalidad. Tuvo unas sesiones con un psicólogo y luego comenzó en un centro para personas que tienen diferentes problemas para aprender a relacionarse con los demás de una manera diferente.

7.3 Teorías centrales en la comprensión de los trastornos de la personalidad

Hay un significativo número de diferentes modelos que se han desarrollados para facilitar la comprensión de los trastornos de personalidad. Aquí hemos optado por dar una descripción de los modelos que consideramos más importantes. Debemos recurrir a la psicología para ver algunos de los fenómenos más comunes que se pueden producir y que pueden crear dificultades para las personas con dichos trastornos.

7.3.1 Teoría de relación de objeto

El psicoanalista escocés Ronald Fairbairn ha desarrollado un modelo de cómo podría ser la organización mental para una persona con fragmentación y división interna (Scharff y Birtles

1995). Esta tradición teórica afirma que se trata de experiencias relacionales del niño desde la más tierna infancia que forman o constituyen, la estructura básica del yo. El niño llevará tal organización mental durante toda vida como un tipo de patrón de respuesta interior en relación al entorno. En la primera etapa de vida, se supone que el niño se encuentra en una relación simbiótica con sus cuidadores inmediatos. Esta simbiosis es comparable con una especie de organismo holístico que abarca al niño y a sus cuidadores. La necesidad del niño de alimentación y cuidado son atendidos de una manera activa, y por lo tanto el niño puede continuar existiendo sin interrupciones.

Sin embargo, si el niño está expuesto a frustraciones traumáticas y rechazo, será necesario que active su aparato mental para poder lidiar con sus propias reacciones. Este aparato psíquico hará todo lo posible para superar las situaciones que experimenta el niño. Será necesario que el niño en su mundo interno establezca sus propias estrategias de supervivencia con el fin de mantener una estabilidad interna. Es central en esta estrategia de supervivencia la formación de los objetos internos que componen las estructuras mentales de la organización del yo – en el mundo interno del niño se crearán imágenes representativas de los padres en forma de las llamadas relaciones de objeto. El niño manejará las frustraciones en el futuro mediante la separación de esos objetos externos, de cómo los experimenta emocionalmente. Para un niño sólo se pueden experimentar dos tipos de experiencia, las buenas o las malas. El niño no tiene la posibilidad de considerar a la madre, por ejemplo, como buena y mala a la vez. El considerar a la misma persona como un conjunto de muchas cualidades diferentes, es simplemente una imposibilidad psicológica para el niño. Su estado mental no está desarrollado para manejar ese tipo de procesos de integración. Por lo tanto, la madre será buena o mala. En otras palabras, durante la primera fase de la vida las diferentes experiencias se deben de mantener separadas unas de las otras, sino el niño experimentará el caos, la confusión y el colapso. Si los sentimientos de ansiedad, miedo y frustración continúan abrumando al niño, usará la división de los estados internos como una defensa activa.

7.3.2 escisión

Un concepto psicológico conocido que a menudo está relacionado con el trastorno de la personalidad, es la escisión. El término se refiere a un mecanismo de defensa que se desarrolla en la infancia. Para evitar emociones conflictivas que no puede manejar, el niño polariza sus objetos en representaciones puras – como completamente buenos o completamente malos. Así, el niño puede aliarse con los buenos y rechazar los malos (Monsen 1997). El niño se

encuentra impotente frente a la influencia del mal.

El niño no dispone de ninguna capacidad mental para retribuir o combatir el mal. Esto significa que la falta de capacidad por parte del niño para manejar influencias externas desagradables, se le marcará como una capacidad de carácter o una actitud innata. De este modo la habilidad para manejar el mundo exterior se caracteriza por una actitud defensiva: es más importante defenderse que explorar todos los aspectos de la vida.

Tal escisión es parte del desarrollo natural del niño. El término se menciona aquí, porque se trata de un mecanismo de defensa que suele disminuir con la edad y madurez. Ahora, donde el desarrollo se haya detenido, o cuando algún factor conduce a una regresión, la escisión en las personas adultas ocupa un lugar central también en sus relaciones con los demás.

En la vida adulta tal postura puede conducir a la larga a una postura trancada y extremadamente defensiva. Una vida que siempre está preparada para la defensa, perderá gran parte de su contenido, ya que la constante defensa hará imposible las relaciones estrechas e íntimas con otras personas. En su lugar el adulto puede desarrollar ideas acerca de su propia perfección e invulnerabilidad.

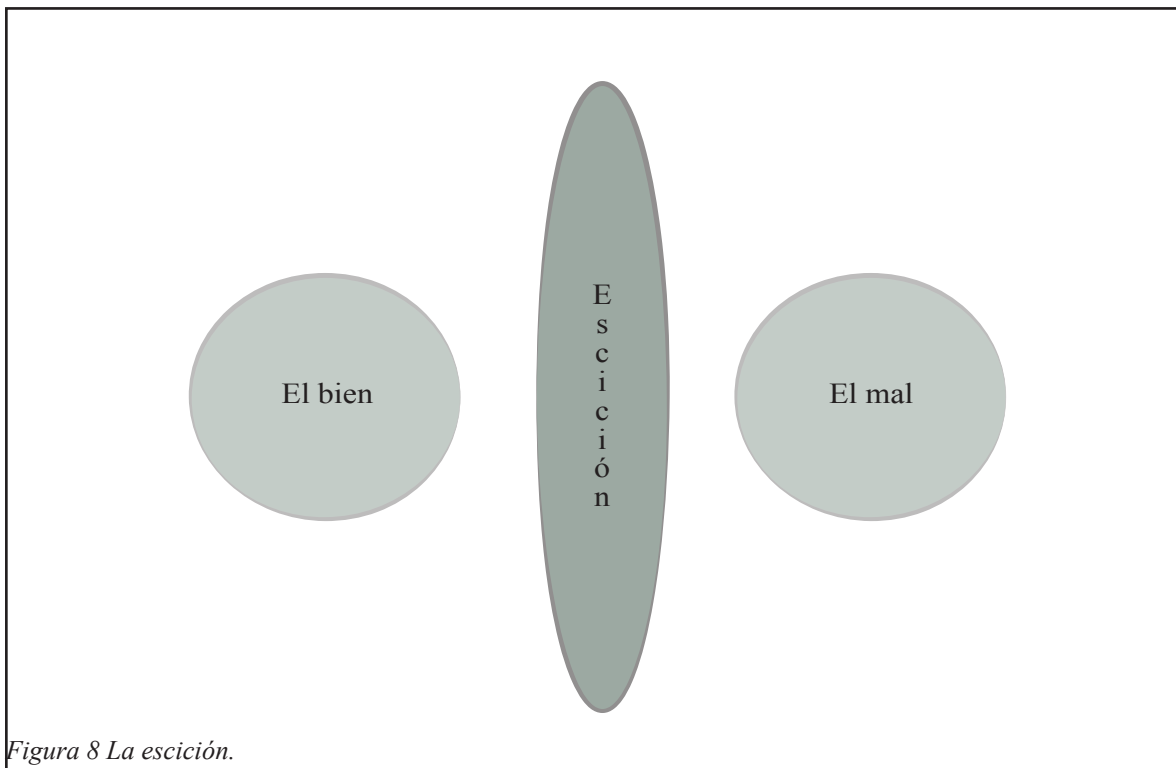


Figura 8 La escisión.

7.3.3 La identificación proyectiva

La manera de relacionarse más importante que utiliza el niño, es la identificación proyectiva. Igra define la identificación proyectiva como: Utilizando este relacionamiento el niño podrá transferir sus estados emocionales internos a otras personas, como la madre o el padre, y

[...] Una fantasía inconsciente de poder invadir proyectivamente un objeto externo o un objeto interno y de cierto modo tomar el control del mismo y dominarlo desde su interior mediante la fusión con él que se obtiene a través de la identificación con él.

(Igra 1997, p. 33)

poder así ver y sentir la respuesta emocional que son capaces de retribuirle. Un niño enojado por lo tanto será capaz de llevar a su madre / su padre (y otros posibles cuidadores) a la desesperación. Sin embargo, si los padres evitan devolverle su propia desesperación, y hacerse cargo del dolor del niño, el niño sabrá que lo están cuidando. Por tanto, es importante que la madre / el padre no sean co-actores en el drama interno del niño, sino que representen algo más, algo distinto de sí mismo. Si la madre o el padre toman el rol de co-actor en el drama interior, no hay nadie que pueda sacar al niño del estado en el cual se encuentra. En esta situación cesa el contacto empático entre la madre / el padre y el hijo, y el niño retomará sus emociones en bruto. En este caso el niño introyecta una interacción evasiva y llena de ansiedad a su organización mental. El niño empezará a dudar de si es posible procesar sus experiencias frustrantes a través de la proyección hacia el entorno. Se volverá defensivo y centrado en las estrategias como la evitación y el rechazo. El objeto interno caracterizado por las estrategias defensivas se dividirá en dos partes, un objeto que rechaza y otro que estimula.

El objeto que rechaza está lleno de deseos de una conexión con otros. Es vulnerable, exigente, aferrado, repleto de un deseo insatisfecho por los demás, un deseo de dependencia. Como este sistema de necesidades es inconsciente, todas las necesidades emocionales de la cercanía, el amor y la ternura que se incluyen en estos motivos, se sienten extraños y peligrosos para el individuo. Cabe decir que cuanto más dominante es este sistema de motivación, más perversos los intentos de relacionamiento del individuo.

El drama interno que se describe más arriba, tiene una tendencia inherente a atraer a otros. Por lo tanto, los ayudantes sin darse cuenta muchas veces caen como co-actores en este dra-

ma. Este fenómeno se llama transferencia. Pensamientos, sentimientos, acciones y estados de ánimo en el paciente se comunican al ayudante, y se produce en éste una respuesta emocional asociada con este contenido. Si el contenido de lo que se comunica se desvía fuertemente de las normas sociales aceptadas, la respuesta del ayudante podrá ser igualmente fuerte. Si esta respuesta, a su vez juega un rol preponderante en la relación, podrá terminar en una relación llena de conflictos que no lleva a desarrollo emocional o cognitivo alguno. Tal relación de transferencia va, pues, en ambos sentidos. No es sólo la personalidad del paciente que se desarrolla en relación al ayudante, la personalidad del ayudante también se transfiere al paciente. Si el ayudante no tiene un grado razonable de control sobre qué aspectos de su propio ser juegan en la relación, el riesgo de que al paciente le transfiera reacciones contratransferenciales está presente. Por lo tanto, en un principio será tarea del ayudante neutralizar su propia respuesta emocional dejándola suspendida, para luego invitar al paciente a indagar acerca de lo que en una situación o una persona concreta le hizo reaccionar con tanta fuerza.

Aquí vemos un claro paralelismo con las experiencias de Magdalena en sus relaciones. Es razonable suponer que tanto su primer como su segundo novio se vieron involucrados en el drama interior de Magdalena. Su personalidad actúa en relación a Daniel y el segundo novio, y las reacciones de ellos a su comportamiento luego afectaron las reacciones y estrategias de manejo de la propia Magdalena. En la relación a Daniel estaba celosa, mientras que en relación al segundo novio mostró un comportamiento de sumisión. En ambos casos, se trata de la necesidad de Magdalena de poseer al otro. El que intenta ayudar a una persona con un trastorno de personalidad, debe ser consciente de estos mecanismos y utilizarlos de forma constructiva en la terapia. Es fácil terminar en una situación que se parece a una batalla entre el terapeuta y el paciente. Si las reacciones del terapeuta de Magdalena tienen el mismo carácter que los que experimentó con sus parejas, se repetirá la historia. Tal situación no es buena para nadie y debe ser evitada. La condición para evitar un enfrentamiento es que el ayudante conozca sus propias reacciones emocionales, aunque dicho conocimiento difícilmente se adquiere a través de los manuales. En cuanto a este conocimiento la experiencia y una orientación sistemática pueden resultar herramientas buenas y necesarias.

7.3.4 Mecanismos de defensa

A continuación damos una breve descripción de los mecanismos de defensa más comunes utilizados de forma significativa por los trastornados de personalidad. A menudo se llaman mecanismos de defensa primitivos. Los mecanismos de defensa son relativamente inconscientes, lo que significa que el individuo tiene poco control sobre ellos. Una vez que se

han puesto en funcionamiento, los mecanismos de defensa se vuelven una parte de la personalidad del individuo. Hacer uso de los mecanismos de defensa es saludable. Todos los utilizamos en mayor o menor medida, son parte de nuestra manera de sustentarnos, en otras palabras, una parte de lo anteriormente se describe como nuestra “piel mental”. Pero a veces estos mecanismos se utilizan en demasía, lo que entre cosas puede llevar a la persona a un comportamiento de evitación. El constante uso de los mecanismos de defensa requiere una gran cantidad de energía, y así queda menos energía para otras actividades. En cierto modo, un uso excesivo de los mecanismos de defensa pueden conducir a que una persona se sienta atada – como en una cárcel interna. Los mecanismos de defensa primitivos más comunes son:

Desplazamiento: Cuando sabemos que un sentimiento es inaceptable o una acción impulsiva, o hemos realizado un acto que no queremos reconocer, se excluye de la experiencia consciente. La consecuencia es que evitamos la ansiedad obvia.

Racionalización: Si actuamos de una manera que es perjudicial para nuestra autoimagen, y encontramos una explicación que justifique la acción. Esto también se aplica a la derrota, (el explicar la pérdida de un examen, por ejemplo, echándole la culpa a un mal profesor).

Proyección: Se trata de encontrar chivos expiatorios, y atribuir nuestros propios motivos que no deseamos para nosotros a otros. Esta reacción nos lleva a atribuir a otros pensamientos e impulsos que son nuestros, pero que no reconocemos abiertamente. Se trata de características y deseos inaceptables. Podemos comportarnos de manera atenta y moralizante.

Regresión: Este mecanismo de defensa aparece como un escape de vuelta a los patrones de comportamiento anteriores, que son normales en los niños pequeños. En una hospitalización muchos recurren a la regresión. Se muestra, entre otras cosas, a través del esquivar las responsabilidad y adoptar un papel pasivo y de receptor.

Negación: Los seres humanos tenemos una tendencia a negar ciertos hechos perjudiciales, pero objetivos en la realidad exterior. La negación puede ocurrir cuando una situación se vuelve muy dolorosa y difícil de manejar, como en una crisis aguda y en la muerte.

“Deshacer”: Este mecanismo de defensa está destinado a anular o descartar un daño que inconscientemente nos atribuimos. Por ejemplo, el acto de fantasías agresivas o sexuales.

Como se ha mencionado anteriormente, el uso de mecanismos de defensa requiere una energía mental considerable, también en cuanto al uso de ellos a través de los años. Una consecuencia inevitable es que la persona en cuestión después de un tiempo desarrolla un comportamiento estancado y rígido. Tanto ella como las demás personas lo notarán. Así es que a partir de ahí e algunos buscan una terapia, ya que puede resultar demasiado incómodo vivir así. Algunos terapeutas se refieren a esto como un bloqueo emocional en el paciente. No es fácil ser su propio terapeuta, y por cuenta propia tratar de no bloquear los propios sentimientos. La autoterapia a menudo produce más de aquello que no servía. Esto sucede a pesar de que la persona en cuestión pueda ser muy prudente en cuanto a otros desafíos de la vida. Los trastornos mentales no se tratan de falta de inteligencia, sino de dificultades emocionales.

Un uso excesivo de los mecanismos de defensa primitivos también puede contribuir a que la persona que los utiliza muy frecuentemente termine en conflicto con otras personas. Dado que a menudo son los allegados los que se encuentran expuestos a estas defensas a través del tiempo, es también en las relaciones cercanas que los conflictos son especialmente evidentes. La paradoja es que los más necesitados de amor, comprensión y empatía, menos reciben, porque generan conflictos. Esto representa también, como ya hemos visto, un desafío para los ayudantes cuando entramos en un trabajo relacional con personas que padecen trastornos de personalidad. Es tentador decir que “la vida no es para aficionados”, y de nuevo la experiencia y el conocimiento son fuentes de significativa ayuda. Los principios básicos de este trabajo se pueden encontrar en el capítulo 10.

7.4 cuando se desafía el papel del ayudante

No es fácil ni tener ni tratar los trastornos de personalidad, y tampoco lidiar con ellos. El trastorno de personalidad tampoco es un diagnóstico sencillo, sino más bien se puede comparar con una mochila con muchos espacios, algunos abiertos y otros ocultos. Anteriormente, este trastorno se definía por la percepción de que se trataba de personas con fuertes rasgos de neurosis, como la timidez y la devoción excesiva, posiblemente en combinación con un comportamiento compulsivo. Las características más importantes para la mayoría de los que tienen este diagnóstico, sin embargo, es que su área problemática está relacionada con las relaciones interpersonales en las que se requiere la regulación de la emoción y el control de los impulsos. A menudo los pacientes muestran un patrón inflexible de conducta. Cuando estos rasgos de comportamiento se hallan trancados, uno puede encontrar una desviación significativa de como otras personas con el mismo trasfondo cultural descubren, piensan,

sienten, actúan y sobre todo se relacionan entre sí. Los trastornos de personalidad se pueden deber, como hemos visto, a rasgos que se han desarrollado desde la infancia y que actúan de una forma exagerada en la vida adulta. El trastorno también puede ocurrir en la edad adulta en personas previamente sanas como resultado de estrés, daño o enfermedades. Es difícil dar consejos generales sobre la mejor manera de acercarse a la persona padeciendo esta problemática; aquí como en las otras áreas el ayudante tiene que enfrentarse a la situación tal y como se le presenta.

Ana llevaba tres semanas en el centro cuando Magdalena comenzó a atenderse allí. Después de unas pocas sesiones con Magdalena, Ana fue a hablar con el director y le dijo: “La nueva usuaria se enojó mucho conmigo cuando intenté explicarle acerca de las reglas que tenemos

No entiendo por qué estaba tan enfadada.

aquí. Me preguntó cómo se sentía la gente bajo estas circunstancias. Menos mal que otros de los usuarios dijeron que las reglas se han decidido en reunión con los usuarios y el personal, y que las necesitamos. No entiendo por qué estaba tan enfadada”. El director le dijo a Ana que tenían

que descubrir cómo el mundo interior de Magdalena se expresaba en el encuentro con los demás. Magdalena le había dicho al psicólogo que todavía reaccionaba con ira, sobre todo cuando estaba en un lugar desconocido. “Probablemente podamos aprender algo acerca de esto interactuando con ella. Vamos a hablar con Magdalena los dos, y así aprendemos a conocernos mutuamente”, dijo el director.

Al llegar a su casa ese día, Ana escribió una reflexión que terminaba así:

El intentar entender a los demás requiere un ejercicio de comprensión diferente que observar las características externas o cualidades de un paciente. El otro no se me entrega a mí sólo como una cosa que se observa, o como un objeto para ser juzgado de acuerdo a lo que veo. La comprensión del otro es principalmente el entender las razones por las cuales el otro actúa como actúa. Comprender al otro es entender su comprensión situacional. Esto es difícil, pero cuando lo hablo con otras personas y me siento a reflexionar, resulta más fácil. Tanto el paciente como yo podríamos decir ambos que mi mundo es válido como yo lo entiendo. La situación se puede describir utilizando el concepto de intersubjetividad, lo que significa que el otro aparece como un objeto para mí y al mismo tiempo como un sujeto con el cual comparto una realidad común.

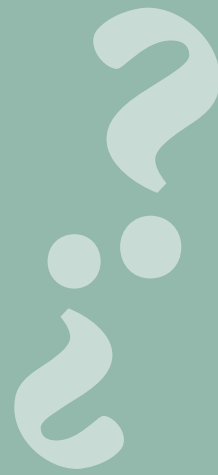
Al día siguiente Ana mostró lo que había escrito a su orientador y le pidió sus comentarios. Al orientador le parecía que Ana había apuntado a una serie de momentos importantes. Sin embargo le hizo una pregunta de reflexión: ¿Cuáles son nuestras condiciones de tener acceso al mundo interior del otro? El orientador también hizo hincapié en dos de los principios de fortalecimiento del yo de Levander: *la continuidad y la regularidad, así como el entrenamiento para poder ver las diferentes opciones* (véase el capítulo 10). Sugirió que Ana reflexionara sobre cómo se puede ayudar a Magdalena en situaciones donde termina en conflicto con los demás.

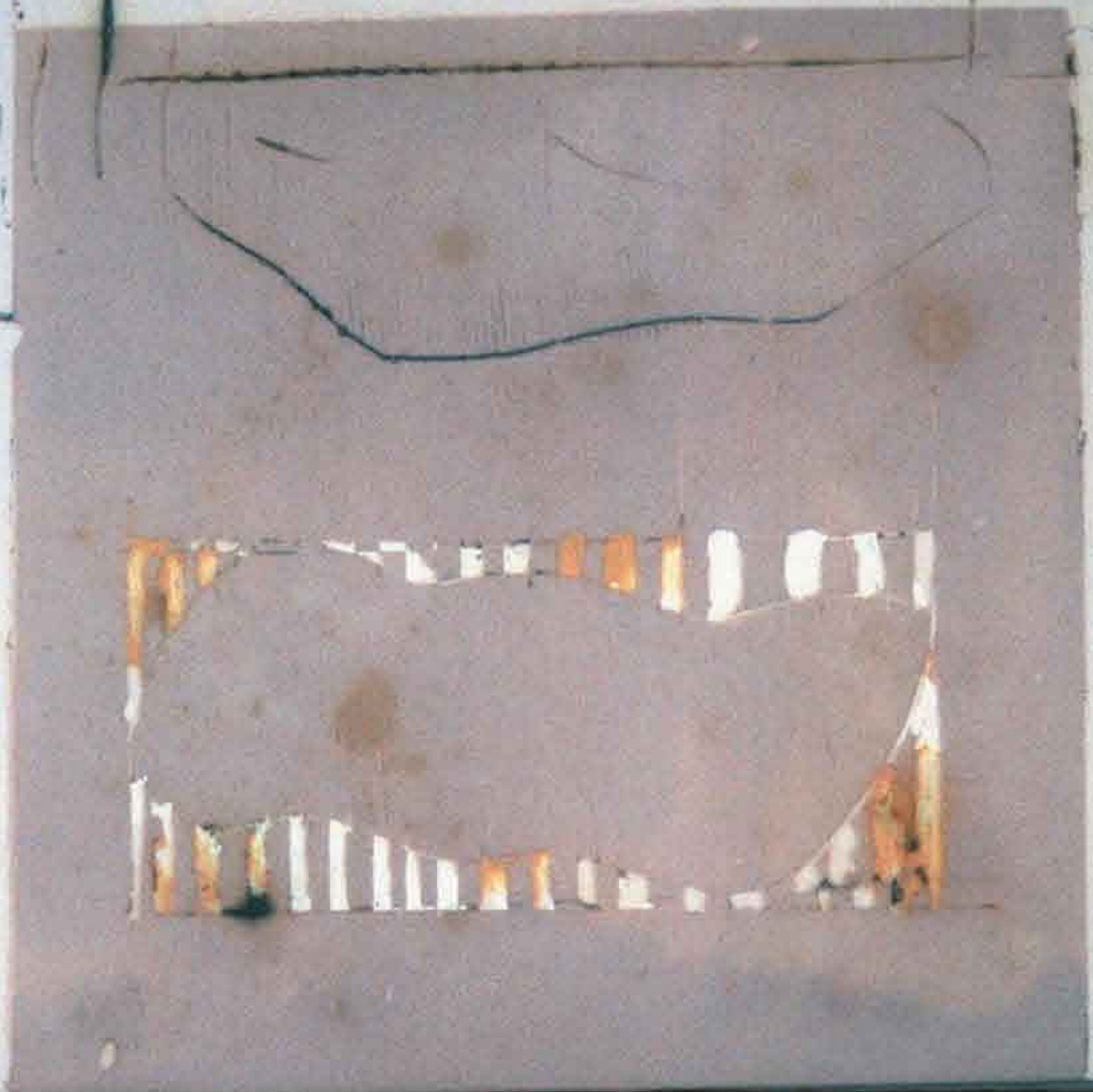
Una vez más Ana concluía que para ella se trataba de establecer una relación con Magdalena para luego poder intercambiar opiniones acerca de cómo cada una de ellas experimentaba la realidad común. Ana también consideraba que era distinto tener una relación con Magdalena que con Petra o Roberto. Para conocer a Magdalena se requería pasar más tiempo juntas y compartir más actividades. Cuando Magdalena se encontraba bien, era muy activa y participativa. Pero su estado de ánimo era muy fluctuante. Era esencial que Magdalena en su primer encuentro con las actividades diarias del centro sintiera que se la entendía y que su historia tuviera credibilidad. De a poco Magdalena también logró hablar de lo que le daba esperanzas de alivio del dolor mental y lo que le inspiraba fe en el cambio.

Una reunión o situación de asistencia con una persona con un trastorno de personalidad puede implicar toda una gama de acciones posibles, y como ya vimos, dependerá mucho de las circunstancias. Para el ayudante puede ser fácil ser engañado por una imagen que varía de un momento a otro. Rápidamente se puede obtener la impresión de que ha habido un error de juicio, que a este individuo no le pasa nada, para en enseguida enfrentarse a una situación en la que experimenta un grado de impotencia extrema. En viejo manual encontramos la recomendación de que a algunas personas dentro de este grupo de pacientes hay que tratarlos con “mano de hierro en un guante de terciopelo” (Strømngren 1964). Hoy en día diríamos que se precisa de una estructura, una actitud no provocativa y un acercamiento centrado en soluciones frente a cada problema. Una regla básica en el encuentro con personas con trastornos de personalidad es ser lo más específico posible en la interacción.

7.5 Ejercicios de reflexión, capítulo 7

- Piensa en cómo reaccionarías si el paciente te acusa de algo que no has hecho.
- ¿Debes seguir en contacto con el paciente?
- ¿Cuándo crees que podría ser apropiado utilizar los mecanismos de defensa, y por qué?
- Reflexionar sobre lo ocurrido en una situación en la que tenías una actitud no provocativa.





8

CUANDO LOS SUFRIMIENTOS SE MULTIPLICAN

Un ayudante o terapeuta podrá desear que los pacientes o usuarios tengan un solo tipo de sufrimiento. Ahora, la vida no es así, todos resultamos ser mucho más que nuestro diagnóstico. Es parte de la vida cotidiana que a menudo luchamos con más situaciones de lo que actualmente podría ser nuestro principal problema. La persona que padece un trastorno mental puede obtener uno o más diagnósticos adicionales, y muchas veces a los dos (o más) diagnósticos juntos se le denomina diagnóstico dual. Puede ser que estemos luchando contra el abuso de alcohol o de drogas, ansiedad, desordenes alimentarios, pensamientos suicidas, autolesión, etc. Esta dualidad también se debe incluir en la totalidad de lo que es el ser humano. En este capítulo hablaremos de algunos de los trastornos que a menudo ocurren en combinación con otros. Al final del capítulo se dará una breve reseña de la demencia. La demencia se confunde fácilmente con la depresión, la confusión, o incluso un desarrollo psicótico. Es necesario saberlo, para que a la persona en cuestión se le brinde la ayuda correcta. La demencia muy seguido se encuentra en una posición especial en relación a los otros trastornos que se presentan en este capítulo. El trastorno a menudo ocurre por sí solo, sin otros trastornos mentales, y ocurre con mayor frecuencia en la vejez.

8.1 cómo relacionarse con las personas que desean morir

En la historia de Petra en el capítulo 5 hay alguna información que puede indicar que tiene planes de acabar con su vida. Petra siente dolor y una especie de amargura de que aún sigue viva. No sabe “cómo aguantar lo que le queda del día” – y tampoco qué sentido tiene soportarlo. Es importante captar esos pensamientos y luego averiguar cuánto riesgo hay de que la persona en cuestión realmente puede llegar a quitarse la vida. Si llegamos a la conclusión de que nuestro paciente está considerando suicidarse, hay que tomar las medidas adecuadas para evitarlo. Tanto como profesionales de la salud y como prójimos tenemos la obligación de prevenir el suicidio. Por desgracia, demasiadas personas mueren por propia mano. En 2006 murieron en Nicaragua 319 personas de esta manera. Sabemos además que estas cifras representan sólo la punta de un iceberg se supone que hay un alto índice de cifras no denunciadas también en el registro de suicidios (Gjertsen 2000, Mehlum 1999). Esto significa que los profesionales consideran que hay un número elevado de suicidios que nunca se registran como tales.

La depresión es uno de los trastornos mentales que pueden estar asociados con la idea del suicidio y su consumación. Entre las personas diagnosticadas con esquizofrenia también encontramos una mayor frecuencia de suicidio. Ahora, el suicidio y la esquizofrenia no tienen un vínculo tan cercano como el suicidio y la depresión. Tal vez sea más fácil de entender que el deprimido desee morir. Para él la vida parece realmente triste, y es más fácil querer escaparse de la vida cuando uno está desanimado.

El suicidio entre las personas diagnosticadas con esquizofrenia muchas veces cae “como un rayo en un cielo despejado”. La razón es que en estos pacientes los pensamientos y planes de suicidio pueden ser más difíciles de detectar a tiempo para que se puedan tomar las medidas preventivas. Ocurre también a veces que la persona con esquizofrenia tiene una experiencia imperativa alucinante, casi como un delirio imperante, que dice que él o ella no merece vivir y que por tanto se debe empuñar un arma o ahorcarse. En este tipo de suicidio es comprensible que el tiempo de advertencia sea breve. Los pensamientos de suicidio en combinación con una depresión son más fáciles de destacar, y se dice que el tiempo de alerta puede llegar a ser más largo (Vivat 2001).

La idea de quitarse la vida no es, obviamente, algo que sólo ocurre en personas con depresión, esquizofrenia u otros trastornos mentales. Estos pensamientos pueden llegar a todos. Otros piensan en hacerse daño. Para algunas personas el cortarse, por ejemplo, se percibe como una forma de reducir el dolor mental. Aunque esto pueda parecer paradójico, se puede entender como una manera de pasar la atención de las dolorosas experiencias internas hacia lo externo y visible. Así la persona en cuestión puede concentrar su atención en algo, aunque sea doloroso, específico y fuera de sí mismo. La autolesión por lo general también puede causar un cierto grado de atención y simpatía de otras personas. Las amenazas de suicidio y el daño a sí mismo a menudo se asocian con los trastornos de personalidad.

Es importante tomar esas amenazas en serio, una persona que amenaza con suicidarse, definitivamente no está bien. Él o ella necesitan ayuda. A veces el entorno enfrenta a la víctima con enojo aquel que necesita ayuda, puede experimentar que lo regañen en vez de sentir que es cuidado y protegido. El utilizar la amenaza de suicidio como una forma de pedir ayuda, y luego llevar a cabo un intento de suicidio pretendido, un intento, también es muy peligroso. Sabemos que algunas personas mueren debido a que eligieron métodos irreversibles, tales como armas de fuego, y otros mueren porque no conocen el peligroso de la forma elegida,

por ejemplo la sobredosis de fármacos altamente tóxicos. A menudo asociamos este comportamiento con los jóvenes.

El comportamiento suicida por lo tanto puede ser considerado también como un acto comunicativo (Fleischer 2000). Se transmite un mensaje de sufrimiento, pero sin palabras. La experiencia de tener dificultades para el individuo puede ser enorme, y las respuestas y reacciones del entorno pueden empeorar su sufrimiento. Muchas veces la persona en cuestión se siente completamente sola e incomprendida.

Este también puede ser el caso de aquellas personas que se autolesionan. Al cortarse la piel se señala que hay algo doloroso, pero esto no se dice con palabras. La acción de cortarse y el dolor que esto genera, al mismo tiempo proporciona un dolor que representa una ruptura o un alivio del estado emocional tan doloroso y difícil. La acción contiene, pues, un llamado relevante. Sin embargo, no es posible dar una respuesta única a cómo este llamado debe ser respondido por los demás. En algunos centros de tratamiento se trata de dar la menor atención posible a este tipo de comportamiento con la esperanza de que no continúen. En otros entornos habrá un enfoque más comprensivo. Heimark (2004) señala que los usuarios quieren ser vistos y reconocidos a través de sus acciones. Algunos usuarios también consideran que se debería cambiar el término de autolesión, aludiendo que es discutible si no resulta más bien que la acción se realiza como una obligación donde el individuo siente que en la situación no le quedan otras opciones y se siente completamente bloqueado. El autolesionarse parece ser la única solución, aunque la persona misma sabe que este comportamiento tiene un significativo costo relacional. Quisiéramos señalar que a pesar de que la autolesión en el presente libro se discute junto con los actos suicidas, no es seguro que la persona que se lesiona a sí misma quiera morir. El rango de variación es grande, y hay que ver el propósito de cada persona en forma individual.

Sin embargo, hay una serie de otros acontecimientos que también pueden estar en la base para que algunos de nosotros pensemos que sería mejor estar muerto. Muy a menudo se trata de una pérdida de un tipo u otro. Nuestra fuerza para soportar pérdidas y tensiones varía, y es importante recordar que lo que uno puede considerar como trivialidades, para otras personas quizás más vulnerables pueda parecer un desastre. Es importante también obtener la percepción del individuo de cuán doloroso es lo ocurrido lo crucial es la percepción subjetiva del evento. Los pensamientos suicidas son difíciles de soportar, y se asocian a menudo con los

tabúes. Esto significa que preferiríamos no hablar de ellos y suprimirlos fácilmente al cambiar las circunstancias externas.

Los pensamientos suicidas son sorprendentemente comunes. Un estudio ha demostrado que un 6 % de nosotros durante los últimos doce meses ha tenido pensamientos de infligirse daño. (Vivat 2001). El suicidio y los pensamientos suicidas se pueden manifestar en la mayoría de nosotros. El hecho de que uno hoy y hasta el momento en su vida no haya tenido esos pensamientos, no quiere decir que nunca los tendrá. Ser mayor de edad y haber atravesado algunos acontecimientos críticos sin tener tales pensamientos puede indicar una buena protección, pero nadie tiene garantía alguna que estos pensamientos no aparezcan alguna vez ni verse libre de una conducta suicida. En 1998 casi la mitad de todos los suicidios en Noruega fue cometido por personas entre 35 y 64 años (Gjertsen 2001). Es crucial recordar que también hay suicidios entre las personas mayores, sobre todo parece que los hombres mayores solteros representan un grupo vulnerable (Tellervo 2004).

¿Cómo podemos evaluar el grado potencial de riesgo suicida? Lo más importante es hablar abiertamente sobre el suicidio. El silencio y la invisibilidad son contraprodu-

Los pensamientos suicidas son sorprendentemente comunes.

centes. Esto significa que la persona que tiene pensamientos suicidas, no los verbaliza y así se retrae cada vez más con sus dificultades. El hablar sobre el suicidio y la muerte no es fácil. Estas conversaciones exigen una reflexión previa sobre los temas, y que estemos preparados para enfrentar lo que pueda surgir al tratarlos. Si le preguntamos a Petra si tiene pensamientos suicidas, la peor respuesta posible será que diga: “Sí”. ¿Qué hacemos entonces?

El saber que la otra persona tiene la intención de matarse, causará para la mayoría de nosotros el sentimiento de que estamos a cargo de su vida. Ésta es una gran responsabilidad, y ninguno de nosotros debe tomarla solo mucho tiempo. Sin embargo, es importante preguntar. Para Petra el hecho de que alguien le pregunte, puede ser significativo: por fin alguien se anima a preocuparse y soporta escuchar lo que ella ha cargado durante mucho tiempo. Sabemos que hablar de los pensamientos y sentimientos de uno mismo es positivo. A veces los pensamientos que llevamos dentro toman el control de nosotros en formas indeseables simplemente es así. El compartir con otra persona estos pensamientos que uno ha reconcentrado y encerrado, a veces parece tener el mismo efecto que la luz sobre los fantasmas: desaparecen y pierden

su poder sobre nosotros. Si ese alguien tolera hablar con otra persona sobre el suicidio, también significa que los pensamientos se reconocen y dejan así de ser tan peligrosos. El dolor compartido es un dolor reducido.

Petra tiene, probablemente, una relación ambivalente con la muerte. Ella, como muchos en su situación, tiene tanto deseos de morir como deseos de vivir. Está en una especie de “deliberación personal” donde sopesa toda su vida, que puede oscilar de un extremo a otro en muy poco tiempo. Para el ayudante es importante estar al tanto de estas fluctuaciones y saber que para muchas personas puede ser de gran ayuda poder expresar esta ambivalencia.

¿Qué más hacemos cuando Petra dice que quiere morir? La realización de una evaluación de los riesgos de las personas que expresan que quieren matarse, es una tarea exigente. Este tipo de evaluación de potenciales suicidas se debe llevar a cabo sólo por personal capacitado y con la experiencia adecuada. Si estamos en una situación como la que suponemos aquí, y no tenemos la posibilidad de obtener ayuda competente en este tipo de evaluación, constituye una regla básica averiguar las siguientes premisas:

- La persona en cuestión ¿ha realizado algún plan acerca de su muerte?
- ¿Ha intentado suicidarse previamente? ¿Alguien en su familia y círculo de amigos han tratado de matarse, y qué sabemos acerca de posibles (previos) trastornos mentales en la persona en cuestión?
- La persona en cuestión ¿ha tenido acceso a algún tipo de recursos de ayuda en forma de amigos cercanos, familiares o posibles ayudantes profesionales?

En el caso de que haya un plan específico acerca de cómo cometer el suicidio, esto implica que no se trata de una idea vaga. Un plan indica que la persona en cuestión está a punto de pasar del pensamiento a la acción. Esto aumenta el riesgo de que de hecho cometa el suicidio. Por consiguiente, es crucial obtener la mayor cantidad posible de información acerca del plan: ¿Cómo se piensa realizar el suicidio y cuándo? ¿La persona en cuestión ya ha conseguido la munición, los medicamentos o lo que pensaba utilizar? Es especialmente importante tratar de obtener información acerca de cuándo está planeado llevarse a cabo el suicidio ¿es

inminente, o algo en el futuro? Si el plazo es corto, por supuesto hay que actuar con rapidez.

Luego es relevante determinar si la persona en cuestión previamente ha intentado suicidarse o si alguien en su familia o conocidos han hecho tales intentos. Si hay constancia de este comportamiento, puede significar que la barrera para cometer un suicidio en el caso de esta persona sea realmente más fácil de traspasar de cierta manera es una acción aceptable. También es necesario averiguar acerca de una serie de otros aspectos de la persona, por ejemplo si tiene o ha tenido una enfermedad mental, o abuso sustancias tóxicas, o han experimentado eventos estresantes o la pérdida de alguien o algo que estimaban mucho. Es importante adquirir conocimientos sobre los posibles recursos disponibles para la ayuda. Debemos tratar de apuntar hacia algo que puede contribuir a que la persona cambie de opinión mantenerla aferrada a la vida. Una pregunta directa como “¿Qué o quién significa algo para ti ahora mismo?” puede proporcionar información útil. Si la persona en cuestión responde que simplemente no hay nada ni nadie que sea importante, puede indicar que el riesgo de suicidio es especialmente alto.

Si nosotros, como Ana, nos enfrentamos a un individuo que está hospitalizado y está considerando quitarse la vida, hay que tomar medidas para prevenir el suicidio. Si el riesgo de suicidio es inminente, en muchos de los departamentos de los hospitales se tomarán las medidas que menudo son denominadas como seguimiento paso a paso. Esto significa que el personal siempre debe acompañar a la persona, con un contacto visual casi constante. Ésta es una tarea exigente, es difícil estar tan cerca de otra persona sin que sea percibida como ofensivo. En el peor de los casos este método puede significar que la persona en cuestión ni siquiera puede ir al baño o a la ducha sin que el personal esté presente. Si el riesgo de suicidio es algo menor, las medidas de saber dónde está la persona o una supervisión frecuente de ella pueden ser suficientes. En la práctica esto significa que alguien del personal en todo momento debe saber donde se encuentra el paciente y que se le observa, por ejemplo, cada quince minutos (Vrålle 2000). La forma menos controladora de supervisión es hacer un trato con el potencial suicida. Esto puede significar que puede estar a veces solo, pero que ha prometido no hacerse daño y regresar después de un tiempo acordado. Los departamentos en los hospitales que tienen pacientes que se tienen que controlar de esta manera, deben establecer lineamientos y protocolos claros de cómo este trabajo se llevará a cabo. En estos lineamientos también debe quedar claro quién tiene la autoridad para iniciar y poner fin a las medidas en cuestión.

Quisiéramos hacer hincapié en que según nuestra opinión es tan importante salvar una vida que está en riesgo por un inminente suicidio como salvar a una persona de un ataque cardíaco o respiratorio. En casos de un paro cardíaco se movilizará una gran cantidad de recursos para salvar la vida, y al paciente se le da un tratamiento intensivo. Así también debe ser cuando hay un riesgo de suicidio o intentos de suicidio. El cuidado de los pacientes suicidas es demandante, y por lo tanto debe ser manejado por un personal que esté capacitado y preparado para hacer este trabajo. El seguir paso a paso al paciente suicida definitivamente no es una tarea apta para el personal extra ocasional.

La tarea es exigente, y la mejor comparación tal vez sea con el tratamiento intensivo que se realiza en un hospital que trata dolencias físicas. El tratamiento intensivo requiere, de la misma manera que el seguirle paso a paso a alguien, una buena cantidad de recursos, en términos de profesionales y otros. El no brindarle alta prioridad a estos pacientes se puede interpretar como que el suicidio es un tema que no nos importa demasiado. Para aquellos que ya luchan con la vida, esto puede ser percibido como una señal (o incluso una confirmación) de que no son particularmente valiosos, o que los terapeutas no creen que sea posible ayudar. El personal debe hacer el máximo esfuerzo cuando se trata de salvar una vida, y hay que tener en mente que muchos de los que luchan con pensamientos suicidas, son extremadamente sensibles a las actitudes del personal. Si el personal tiene una actitud de indiferencia, es seguro que lo percibirán.

En las partes anteriores se utiliza el concepto de control. La mayoría de nosotros percibimos este tipo de control como una fuerte intromisión en la vida del individuo, y es posible que los ayudantes sientan que es difícil ejercer tal control. Lo común es que el ayudante considere su ayuda como algo que se le ofrece a aquellos que necesitan y buscan ayuda. Ahora, no siempre es así: nuestra misión es salvar vidas, incluso cuando el paciente en cuestión quiere morir. Por supuesto, esto es difícil. Queremos hacer bien nuestro trabajo, y el enfrentar el deseo de morir constituye un desafío para nuestros propios valores y sentimientos. En casos de este tipo será de gran ayuda que haya una orientación en relación al trabajo que se esté por realizar. También serán útiles y necesarias las conversaciones y discusiones de la base ética de las acciones y actitudes dentro del personal. (Herrestad y Mehlum 2005).

8.1.1 el encontrar una persona que ha perdido las ganas de vivir

Hasta ahora hemos presentado un número de personas distintas con trastornos muy diferentes. Lo que tienen en común es que cada una a su manera ha tenido pensamientos y han hablado acerca de la muerte. Una de ellas, Magdalena, incluso ha hecho un intento de suicidio. Petra sentía amargura de vivir, Magdalena ingirió una cantidad de pastillas, y Roberto estaba a punto de prender fuego su casa. El atravesar una crisis psíquica genera preguntas existenciales, que podrían resumirse en: “¿Quién soy, de dónde vengo y a dónde voy?” Estos son ejemplos de preguntas que a menudo se les presentan a personas en penuria mental. ¿Y quién de nosotros puede, con toda honestidad, decir que nunca hemos considerado la idea de dejar este mundo? La mayoría por lo menos han jugado con la idea en la infancia. Estamos hablando en realidad de pensamientos que son comunes en promedio en un grado mayor de lo que diariamente reconocemos. Los estudios muestran que para el 90 % de los que han intentado suicidarse, con un intento fue suficiente (Retterstøl, Ekeberg y Mehlum 2002), lo que implica que el pronóstico es alentador, y que vale la pena trabajar para salvar a la gente de morir por suicidio.

El suicidio y el intento de suicidio tienen algo místico. Estos fenómenos nos influyen de alguna manera, y nos enfrentan a la muerte de una manera desagradable y en la mayoría de los casos sorprendente. Nuestros sentimientos y actitudes se movilizan, y nos damos cuenta de que la muerte es una posibilidad que todos llevamos dentro, a pesar de que no pensemos en ella en la vida cotidiana. Dependiendo de nuestra infancia e historia de vida todos tenemos algún tipo de preparación, o quizás una falta de preparación, para encontrarnos con el suicidio y los intentos de suicidio. Si se nos aproxima un comportamiento suicida, por ejemplo en forma de pensamientos en alguien de nuestra familia o en alguien que conocemos, muchas veces estamos obligados a tomar una posición. Como prójimos responsables no podemos hacer la vista gorda. Pocos de nosotros hemos recibido la instrucción y la capacitación de cómo enfrentarse a los que están cerca de suicidarse. En el caso de Ana, por ejemplo, hay motivos para suponer que se sentiría abrumada. Tal vez preferiría dejar el trabajo a alguien con más experiencia. Sus propios sentimientos le pueden impresionar tanto que no es capaz de aportar algo constructivo. En casos así se pueden activar los sentimientos acerca de uno mismo o de las acciones de suicidio de los familiares.

El suicidio y los intentos de suicidio

Definición de suicidio

Como suicidio entendemos un acto consciente y deliberado que el individuo ha hecho para dañarse a sí mismo, y donde la lesión ha causado la muerte (Malt, Retterstøl y Dahl 2003).

Definición del intento de suicidio

Como intento de suicidio entendemos un acto consciente y deliberado que el individuo ha hecho para dañarse a sí mismo, y que no podía estar absolutamente seguro de sobrevivir, pero donde la lesión no ha causado la muerte (ibid.).

Hay pocas estadísticas confiables sobre el número de intentos de suicidio por año, pero se supone que hay cerca de diez intentos de suicidio por cada suicidio efectivamente cometido. Un estudio demuestra que hay una variación considerable entre los grupos de edad, con muchos intentos de suicidio entre los adolescentes (Hjelmeland 2001). El estudio muestra que en el 1996 la tasa de intentos de suicidio era de 100 cada 100 000 para los hombres jóvenes y de 150 cada 100 000 para las mujeres jóvenes. El profesional debe conocer las estadísticas al respecto en el lugar de práctica.

En los últimos años ha surgido un nuevo fenómeno conocido como autolesión. Existen indicios de que el fenómeno está muy extendido en ciertos entornos o grupos de jóvenes. No necesariamente existe una correlación entre la autolesión y la intención de suicidio.

Números de suicidios por grupos de edad y género. Nicaragua 2006.

Edad (en años)	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +	Todo
Hombres	6	88	69	33	21	17	8	5	247
Mujeres	7	41	9	8	2	3	1	1	72
Total	13	129	78	41	23	20	9	6	319

© World Health Organization

La figura 9 muestra los suicidios reportados en Nicaragua en 2006. (Fuente: OMS)

Probablemente el número de personas que se quitan la vida es considerablemente mayor. Muchos países tienen grandes cifras extraoficiales donde aparecen suicidios que no se registran. La muerte puede quedar registrada con causas que no están incluidas en estas estadísticas.

Lamentablemente no siempre podemos dejar las tareas para que otro se haga cargo de ellas. Sin embargo, como hemos subrayado: ser capaz de actuar con racionalidad en una situación de crisis debe ser considerado tan importante como saber qué hacer en casos de paros cardíacos o respiratorios. Ejercicios en forma de entrenamiento son importantes, y junto a estos ejercicios a los participantes se los prepara mentalmente para que puedan terminar en estas situaciones. Se encuentra disponible un material canadiense de entrenamiento que ofrece un curso de primeros auxilios en caso de suicidio (Living works). Como se ha mencionado anteriormente, es importante recordar que nosotros como profesionales no somos responsables por las vidas de los otros, pero sí somos responsables en lo que se refiere al tratamiento. Y no menos importante, siempre tenemos la responsabilidad de salvar vidas.

Como ya vimos, la apertura es un buen punto de partida: preguntar directamente si la otra persona tiene pensamientos y/o planes acerca de acabar con su vida. Aunque esto puede parecer cruel, no tenemos documentación de que esté mal, sino todo lo contrario (Retterstøl, Ekeberg y Mehlum 2002). La pregunta indica que nos atrevemos a hablar de la muerte. Recuerda que la otra persona piensa mucho en la muerte y el morir. El hablar de la muerte sólo significa que dejamos que se inicie la conversación donde la persona en cuestión probablemente se encuentre en su diálogo interno. El sentirse en diálogo con alguien que se anima a hablar de la muerte, en sí mismo tiene un efecto disuasorio en la persona en cuestión y le puede ayudar a tener fe en que puede existir ayuda.

... dejamos que se inicie la conversación donde la persona en cuestión probablemente se encuentre en su diálogo interno.

Aquí también hay una esperanza. Sabemos que por lo general hay una ambivalencia considerable por parte de las personas que consideran el

suicidio como una salida. Por un lado quieren morir, por otro lado hay mucho que todavía les une a la vida. Una declaración típica de una persona al borde del suicidio puede ser la siguiente: “Realmente no me quiero morir, pero tampoco veo cómo puede seguir viviendo dada mi situación actual”. Puede ser que el ayudante se sienta confundido y se pregunte: “¿Es apropiado intervenir para detener a alguien que ya ha tomado la decisión y de hecho desea morir?” “Puede que no haya una respuesta definitiva e inequívoca a esta pregunta, pero ¿intentas imaginarte cómo sería ser ayudado por alguien que demuestra que está dudando de si tiene algún sentido ayudar!”

Dicho esto, una vez más hay que destacar que la intervención en casos de suicidio es un trabajo pesado, y que hay que dejarlo lo antes posible en manos de los profesionales del área. Una de las contribuciones más importantes que le podemos brindar Ana y el resto de nosotros a una persona en estas circunstancias, es ofrecer y demostrar nuestra voluntad de escuchar, sin intentar cambiar el foco del dolor y sonar moralizantes. Cabe señalar que las experiencias relacionadas a las cuestiones existenciales, incluido el suicidio, son a menudo difíciles de trabajar individualmente también para el profesional. Por lo tanto, recomendamos que se hable explícitamente de este tipo de experiencias en la orientación y también en los grupos de trabajo.

8.2 Violencia y traumas

Según un informe de la OMS, la violencia y el abuso son tan comunes que se pueden considerar como un problema de salud pública (OMS 2002). El problema puede conducir a reacciones tanto físicas como mentales. Al igual que con otros trastornos, el experimentar relaciones seguras, estables y buenas en la infancia puede ofrecer cierta protección contra el posible desencadenamiento de trastornos en el futuro.

8.2.1 Violencia

La violencia se produce en muchos contextos. Aquí nos centramos en ver la violencia en relación al abuso. Según la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, todos los niños tienen derecho a crecer en un hogar libre de violencia. Factores de fondo para el abuso del hombre o de la mujer se encuentran en narraciones culturales y sociales de la violencia, en la falta de igualdad entre hombres y mujeres, en el papel del hombre y de la mujer en la familia, en la sexualidad masculina y femenina y en las expectativas frente a los roles de género (Nasjonalt kunnskapssenter [Centro de Conocimientos para los Servicios Sanitarios de Noruega] 2011). Un concepto importante aquí es de los denominados llamados “guiones sexuales”. Un guión sexual representa el conocimiento, las actitudes y las expectativas que tiene una persona de como una determinada situación sexual se desarrolla (Krahen, Bieneck & Schei Berger-Olwig 2007). Los investigadores afirman que ciertos tipos de guiones sexuales pueden crear expectativas en los adolescentes varones acerca del relativo poder/control en una relación con las adolescentes, y una postura de tener “derecho” a tener sexo en ciertas situaciones y bajo ciertas circunstancias (ibid.). Desde la infancia se crean actitudes que también se expresan en la edad adulta. Se señala que la violencia es una acción física, mental y social en el que el objetivo puede ser acosar, dañar u ofender a otros. Sin embargo, el objetivo

también puede ser el de pacificar, de impedir que suceda algo peor.

El Día Mundial contra la Violencia es el 25 de noviembre. El hecho de que la ONU haya decidido destacar la lucha contra la violencia en un día específico en todo el mundo, significa que se hace necesario resaltar el problema constantemente ya que es enorme, y muchos lo están padeciendo. En relación al día internacional hubo una campaña: ¿Dónde trazamos la línea en cuanto a la violencia en relaciones cercanas? Pregunta: Debes de aceptar que tu cónyuge actual o anterior:

¿Te patee o golpee?

¿Te da una bofetada?

¿Te obligue a tener relaciones sexuales en contra de tus propios deseos?

¿Te amenaza que te va a golpear fuertemente sino realizas alguna actividad del hogar?

¿No te deja encontrarte con tus amigos?

¿Te encierra en la casa y te quita la libertad de movimiento?

¿Intenta realizar un acto violento en tu contra, pero sin lograrlo?

Aquellos que tienen una respuesta afirmativa a una o varias de estas preguntas están en un grupo de riesgo y necesitan ayuda para realizar cambios en sus vidas. La violencia psicológica puede incluir el insulto, la amenaza, la reiteración de críticas dañinas, el ignorar al otro, la humillación, las acusaciones y los interrogatorios. Las consecuencias son dañinas tanto a corto como a largo plazo. De acuerdo a la investigación sobre la violencia, está bien documentado que las personas que han sido expuestas a la violencia, con más frecuencia que otras recurren a ella para la resolución de conflictos (ibid.). La problemática de la violencia es especialmente visible en una sociedad dominada por los hombres. Es importante informar cuando ocurren hechos de violencia, y tomar medidas en contra de ellos, en particular hacia mujeres y niños. Por otro lado, no hay que olvidar que también los varones y los hombres pueden estar expuestos a la violencia. Los problemas relacionados con ella a menudo han sido privatizados y minimizados. A nivel médico estos problemas se han definido como psicosis, delirios u otros, y tanto niños como adultos han experimentado que no se ha creído en su palabra, lo que para la víctima puede ser sentido como un abuso de su confianza. El abuso y

Las reacciones al abuso

la violencia se diferencian de otros eventos traumáticos ya que también se asocian con un abuso de confianza en las relaciones íntimas.

- Estados de ansiedad (ansiedad, miedo)
- Pesadillas
- Problemas de atención y concentración
- Fobias
- Síndrome de estrés post traumático
- Reacciones disociativas
- Depresión
- Baja autoestima
- Conducta suicida
- Trastornos de conducta sexual
- Sentimiento de culpa
- Remordimientos
- Aislamiento social
- Delincuencia
- Adicción a las drogas
- Problemas sexuales
- Exposición a la repetición del abuso

(Basado en Kunnskapscenteret [el Centro de Conocimientos para los Servicios Sanitarios de Noruega] 2007)

Muchos niños se resisten a hablar sobre el abuso sexual. Una serie de estudios en los últimos 20 años ha mostrado que los niños rara vez cuentan que están expuestos al abuso sexual en el transcurso de los períodos de abuso. A pesar de que, comparado con 20 años atrás, ahora se habla más sobre el hecho de que los niños corren el riesgo de ser expuestos a este tipo de abuso, esto no parece haber tenido un efecto directo en las denuncias de abuso por parte de las víctimas.

Incluso entre aquellos que hablan de los abusos hay muchos que esperan demasiado tiempo antes de sincerarse con alguien. Según los informes, hay un promedio de tiempo de entre 3 y 18 años antes de que la víctima informe sobre el abuso sexual sufrido. Al parecer también es

más difícil para los hombres que para las mujeres reportar sobre estos hechos (Finkelhor et al. 1990). Por consiguiente, es muy importante que los profesionales de la salud sepan cómo se debe reaccionar a un abuso para así poder llevar adelante una conversación abierta, basada en la confianza. En los niños es difícil diferenciar las características típicas de los efectos adversos de un abuso sexual de otros síntomas producto de diferentes suplicios traumáticos. A este tipo de abusos se pueden sumar otros de diferente naturaleza, por ejemplo el maltrato. Los niños resultan especialmente vulnerables al estar expuestos al abuso sexual ya que las primeras experiencias en la vida del niño son la base de su autopercepción, su relación con los demás y su comprensión del mundo como adulto. Puede haber muchas similitudes con otros eventos fuertes de la vida.

8.2.2 el relacionarse con la problemática de la violencia

Como vemos en el cuadro de datos sobre las reacciones al abuso, pueden surgir muchas reacciones diferentes a la violencia, y a menudo éstas se manifiestan después de un tiempo relativamente largo luego de haber sufrido el abuso. Si se detecta poco tiempo después de ocurrido, es importante que a la víctima se le haga un examen médico. A continuación, hay que hacer un test de HIV, enfermedades venéreas o hepatitis para que se puedan tratar inmediatamente en el caso de estar presentes. Si la víctima es una mujer, también hay que hacer un test de embarazo y evaluar qué medidas tomar en el caso de que esté efectivamente embarazada. En muchos casos los niños y jóvenes que han sido expuestos a un abuso, se sienten ultrajados. Otra característica es que a menudo se producen fantasías poco realistas acerca de los daños fisiológicos que se les puede haber hecho. Por lo tanto, es importante que un examen médico conste que “todo está normal ahí abajo”. A pesar de que puede haber la necesidad de una evaluación médica, tanto en la fase aguda como en el largo plazo, las consecuencias generalmente afectan la salud mental de la víctima. El profesional debe tratar de detectar las posibles señales y brindar ayuda según las necesidades que se van manifestando. Una característica en común es la baja autoestima y el sentimiento de culpa. ¡La culpa nunca la tiene la víctima! Hay que tomar las medidas profesionales adecuadas según las características de los problemas relacionados al abuso. Presentaremos varios ejemplos tanto en este capítulo como en los siguientes.

8.2.3 Traumas

Un evento traumático es a menudo inesperado, repentino y abrumador, y puede ser tan intenso que afecta la vida diaria y evita que la persona en cuestión la viva de una manera corriente. El estar expuesto a un suplicio grave puede causar secuelas físicas y psicológicas, y es común que la persona expuesta al trauma tenga reacciones emocionales fuertes (American Psychological Association 2009). A pesar de que tales acontecimientos se describen a menudo como inusuales y extremos, hay muchas personas en el mundo que experimentan diversos tipos de incidentes traumáticos una o varias veces en su vida. Un trauma se puede describir como una respuesta emocional a un evento violento, como la exposición al abuso sexual, el ser atacado, la participación en la guerra, el vivir en una zona de guerra, el perder a un ser querido de manera violenta o repentina, el ser expuesto a un accidente, deterioro funcional o motor, una enfermedad grave, desastres naturales, ataques terroristas y/o otros eventos de carácter violento, brutal o amenazante (ibid.). Se ha publicado un artículo que revisa la opinión de varios autores sobre la salud mental en Nicaragua con un enfoque en los traumas psicológicos y el comportamiento suicida (Aburto 2004). Se basa en artículos científicos que tratan las consecuencias de la guerra y los desastres naturales en Nicaragua. Los artículos muestran la correlación entre los desastres naturales y un aumento en alcoholismo, problemas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático.

En la CIE-10 un trauma que se define como “un evento o situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que en la mayoría probable evocará fuertes molestias” (OMS 2000). Un evento sólo se puede definir como traumático si la experiencia de la persona expuesta a él implica impotencia, miedo o terror (Norris y Slone 2007). Esta definición se centra en gran medida en la experiencia del individuo, y permite que diferentes personas puedan experimentar un evento de manera distinta. Para una mayor comprensión ver el modelo de vulnerabilidad al estrés en el capítulo 6. Un síntoma es una reacción que se produce como resultado de un evento traumático. A veces las reacciones de estrés pueden demorar en manifestarse, hasta meses o años después del incidente. En muchos casos puede ser difícil ver los síntomas propios asociados con el evento traumático actual. Otras veces las consecuencias son obvias.

Los siguientes síntomas pueden surgir como consecuencia de un trauma no resuelto:

Físico

- Trastornos alimentarios
- Insomnio
- Disfunciones sexuales
- Enfermedades crónicas inexplicables

Emocional

- Depresión, ansiedad, ataques de pánico, miedo ...
- Compulsiones
- Irritabilidad, enojo ...
- Entumecimiento
- Duelo

Mentalmente

- Pérdida de la memoria
- Indecisión
- Dificultad para concentrarse
- Agitación, hiperactividad

(Thorkildsen 2011) www.se-terapi.no/index.php?site=default/579/588

Las reacciones son bastante similares a las que se pueden provocar por hechos de violencia. Anteriormente hemos visto que varias de las personas en los casos expuestos han tenido reacciones diferentes. Muchas personas experimentan violencia y traumas y se encuentran en un grupo de riesgo más expuesto a sufrir trastornos mentales. A veces se trata un trastorno sin que se identifique la violencia o los traumas subyacentes. Otras veces se trata una situación difícil pasajera.

8.3 Trastornos alimentarios

Al parecer, los trastornos alimentarios y sus variadas formas aumentan en proporciones casi epidémicas. El Ministerio de Salud y Cuidados de Noruega sugiere que entre el 5 y el 15

% de la población sufre de anorexia y entre 1 y 3 % de bulimia, pero las cifras extraoficiales hacen que sea difícil estimar la incidencia exacta (El Ministerio de Salud y Cuidados de Noruega [Sosial- og helsedepartementet 2000]). Es razonable suponer que las cifras son bastante similares en otros países. El trastorno afecta a las mujeres con mucha más frecuencia que a los hombres, y por lo general se manifiesta por primera vez en la adolescencia. Las razones son complejas y a menudo, pero no siempre, se asocian con el querer adelgazar. La preocupación actual con el peso corporal y la apariencia física, junto con un creciente énfasis en la independencia personal y el supuesto control sobre la vida de uno son, probablemente, también factores contribuyentes. Lo que empieza con un régimen de adelgazamiento voluntario, puede terminar en una pesadilla incontrolable si se llega a un límite de peso inferior al necesario. Luego resultará fácil verse involucrado en un proceso negativo donde lo único que importa, es no aumentar de peso.

Se habla de diferentes grados de trastornos alimentarios, desde los más extremos, donde el individuo en cuestión no ingiere alimento alguno, a través de diferentes grados de hambre hasta la sobre ingestión extrema que termina con vómitos. Desde una perspectiva histórica los trastornos alimentarios no son fenómenos nuevos, pero la incidencia, especialmente entre los jóvenes, ha aumentado sensiblemente. Sin un tratamiento adecuado el paciente puede llegar a morir, y los estudios demuestran una mortalidad de hasta un 10 % (Snoek y Engdahl 2000/2004).

El tratamiento de los trastornos alimentarios es complejo, en primer lugar porque muchos pacientes se oponen al tratamiento. No se consideran enfermos. A menudo también surgen conflictos entre el paciente y sus alrededores, y los protagonistas de ese conflicto pueden ser la familia, los amigos, la institución educativa y el médico del paciente, aparte del paciente mismo. En casos extremos hay que recurrir a la hospitalización forzada. El tratamiento de los trastornos alimentarios es complejo, como se refiere anteriormente, y hay un desacuerdo entre los profesionales acerca de cuáles son los tratamientos más eficaces. Por consiguiente, el servicio de salud pública no puede proporcionar un tratamiento estandarizado con una eficacia científicamente comprobada para los pacientes con trastornos alimentarios.

No obstante, existe esperanza: algunos tratamientos pueden mostrar cambios positivos. En un informe se identifican tratamientos que se han documentado como eficaces.

La psicoterapia funciona claramente mejor que ningún tratamiento, el estar en la lista de espera para recibir tratamiento o el asesoramiento acerca de las dietas a seguir. Contra la anorexia los diferentes tipos de psicoterapia son altamente eficaces. Contra la bulimia y la ingestión excesiva de alimentos funciona mejor un tipo de terapia cognitivo-conductual que está específicamente diseñada contra la bulimia (Nasjonalt Kunnskapsenter [Centro de Conocimientos para los Servicios Sanitarios de Noruega] 2004). Según el psiquiatra y especialista noruego en trastornos alimentarios, Finn Skårderud (2000) se han obtenido buenos resultados con el uso de tratamientos donde el paciente concurre diariamente a la atención. Una oferta de tratamientos de frecuencia diaria – a diferencia de una hospitalización o internación permanente – a menudo permite un equilibrio entre el cuidado del entorno y la necesidad del paciente de mantener una vida normal.

No hay duda de que las personas con trastornos alimentarios sufren y por lo tanto necesitan de un tratamiento. Ahora, para el profesional es fácil dejarse involucrar en los conflictos que a menudo hay alrededor de estos pacientes. Todo lo que en el presente libro se presenta sobre la construcción de alianzas y relaciones, debe ser aplicado por aquellos que se van a pasar a formar parte del complejo aparato del tratamiento de una persona con un trastorno alimentario. También es importante que la perspectiva de la terapia sea a largo plazo. A pesar de que los pacientes de tratamientos de trastornos alimentarios son a menudo jóvenes, y que considerando su edad lo ideal sería un tratamiento a corto plazo, es conveniente tomar como punto de partida que las relaciones entre el paciente y el terapeuta duren varios años.

Los trastornos alimentarios pueden ser un gran desafío para el terapeuta. Ya que puede parecer voluntario (no lo es), nos enfrenta con desafíos que requieren madurez, paciencia y sabiduría. Hay muchas similitudes entre los trastornos alimentarios y la autolesión. Los dos grupos de pacientes definitivamente necesitan ser tratados con buena voluntad y empatía, pero a menudo experimentan lo contrario dado que sus acciones les evocan a los demás reacciones como falta de entendimiento, ira y repugnancia. Los trastornos alimentarios pueden ser vistos como una señal de un conflicto subyacente.

Es importante que el terapeuta pueda contener los sentimientos difíciles y conflictivos que el paciente no logra soportar por su cuenta y que emite en forma de proyecciones. Un ambiente terapéutico sólido que funcione bien será un buen marco para este tipo de tratamiento. El ambiente debe constar de varios grupos profesionales, integrados por hombres y mujeres de

varias edades. La unilateralidad hace vulnerable al ambiente y limita la posibilidad de una amplia gama de alternativas de acción.



¿Qué son los trastornos alimentarios?

- Los trastornos alimentarios afectan a mujeres y hombres de todas las edades, pero las mujeres de entre 15 y 35 años constituyen el grupo mayor.
- Más de 120.000 personas sufren de trastornos alimentarios en Noruega.
- 90 % de este grupo está formado por mujeres.
- Los trastornos alimentarios afectan no sólo al paciente sino también a su familia y amigos.
- El comer en exceso es el problema mayor: un 90 % lo padece en forma de bulimia o ingesta compulsiva, sólo el 10 % sufre de anorexia.
- Los trastornos alimentarios no desaparecen con la edad, y la mayoría de los afectados necesitan ayuda para salir de la enfermedad. Muchos viven con esta problemática la vida entera sin recibir ayuda apropiada.
- El mayor trastorno mental entre las jóvenes entre 13 y 25 años de edad son los trastornos alimentarios. Entre el 8 y el 10 % de este grupo padece un grave abuso de comida, y muchos más están en la zona de riesgo.
- En los deportes de elite un 18 % de las mujeres sufre de trastornos alimentarios. En algunos de estos deportes hasta un 35 % sufre de abuso de alimentos.

Las razones por las cuales algunas personas desarrollan un trastorno alimentario, son complejas:

- Factores psicológicos y sociales son a menudo la base de un abuso posterior de alimentos.
- Factores culturales tales como la presión del régimen de adelgazamiento, ideales femeninos enfermizamente delgados y un gran cambio en los roles de la mujer son todos factores claves para desencadenar problemáticas de este tipo.
- El abuso de alimentos es un síntoma de los conflictos emocionales: la comida, el hambre y el ejercicio y entrenamiento obsesivos son intentos de alejar los problemas que el paciente es incapaz de resolver de otras maneras.

El vivir con un trastorno alimentario puede tener graves consecuencias a largo plazo:

- Físicos: desnutrición, síntomas de deficiencia, lesiones dentales, pérdida de la menstruación, daños en el sistema digestivo
- Mentales: sentimientos constantes de vergüenza, depresión, problemas de concentración, ansiedad, falta de entusiasmo por la vida
- Sociales: dificultades para seguir el sistema educativo, dificultades para cumplir con deberes laborales, aislamiento periódico de familia y amigos, dificultades de establecer relaciones humanas estrechas

Las causas de muerte más comunes son el suicidio, el paro cardíaco y la desnutrición. Se estima un 5 % de mortalidad. La mortalidad dentro de los trastornos de anorexia es la mayor. Ahora, es posible recuperarse por completo, y el primer paso es asumir la responsabilidad por uno mismo y pedir ayuda.

8.4 Problemas de adicción en combinación con trastornos mentales

Muchas personas que padecen un trastorno mental también tienen problemas de abuso de sustancias tóxicas. Alternativamente, se puede decir que muchas personas con problemas de abuso de sustancias tóxicas también sufren trastornos mentales. Saber diferenciar en este caso entre causa y efecto puede ser tan difícil como el eterno dilema del huevo o la gallina. En el presente libro ya hemos conocido a Carlos, que había desarrollado dependencia del alcohol. Otras sustancias de abuso pueden ser la Anfetamina, la heroína, la cocaína y la pasta base (crack) – entre otras. Han habido muchos estudios, tanto a nivel internacional como a nivel nacional en Noruega, sobre la cantidad de personas que padecen un trastorno mental y a la vez presentan conductas de abuso de sustancias. Dos estudios alemanes de la década de los 90 muestran que el 25 % de todos los pacientes esquizofrénicos abusan o del alcohol o de las drogas (Soyka et al. 1993; Hambrecht y Häfner 1996). En 1998 el Consejo de Salud Noruega (Statens Helsetilsyn) hizo una encuesta en Noruega que mostró que un tercio de todos los esquizofrénicos presentaban un abuso de sustancias tóxicas que “generaban considerables dificultades en el tratamiento y seguimiento de los pacientes” (Evjen, Øiern y Kielland 2003). Las encuestas entre los consumidores de drogas también muestran una clara sobrerrepresentación de los trastornos mentales si se comparan con el promedio de la población. Se destacan sobre todo la ansiedad, los trastornos graves de personalidad y la depresión (ibid).

En este subcapítulo nos limitaremos a lo que comúnmente se conoce como patología dual, es decir, graves trastornos mentales y grave abuso de drogas. Las personas en cuestión representan un desafío particular para los servicios de salud. Tradicionalmente éste ha sido un grupo que se encuentra varado entre dos orillas – dentro del sistema de salud psiquiátrico a estas personas se les dice que deben tener el abuso de drogas bajo control antes de que puedan ser sometidos a un tratamiento psiquiátrico; los centros de tratamiento de la adicción por su parte les exige que primero se dejen tratar por su trastorno mental.

Características de las personas con patología dual

- Cambio frecuente de médico de cabecera
- Van de un lado a otro dentro del sistema de tratamiento
- Familias y redes sociales desgastadas
- Frecuentes casos de hospitalizaciones de emergencia y desintoxicaciones
- Más a menudo hospitalizados a la fuerza que otros pacientes psiquiátricos
- Desarrollo de la patología más acelerado (por ejemplo el desarrollo de la psicosis) que otros pacientes psiquiátricos
- Alto riesgo de suicidio
- Mucho contacto con la policía
- Comportamiento descontrolado/violento más frecuente
- Índice de mortalidad más alto
- Falta de conocimiento de sus enfermedades
- Posición marginal dentro de los ambientes consumo y abusos
- Probabilidad limitada de que por su cuenta dejen el consumo de drogas
- Dificultades para hacer uso de los sistemas de servicio disponibles
- Escasa o nula habilidad para establecerse en una casa/lugar

(Basado en Evjen, Øiern og Kielland 2003)

El tratar con una persona que está luchando con uno o varias de estos problemas genera desafíos a varios niveles. Sin embargo, es muy importante que el profesional no tenga ninguna actitud negativa hacia la persona en cuestión: La experiencia de no ser querido puede ser percibida como una degradación más. El no ser tomado en serio cuando uno llega o es llevado a una entidad de salud o de servicios sociales puede reforzar el trastorno. En este contexto revisaremos algunas de las características de las personas con una patología dual.

El cambio frecuente de médico de cabecera es distintivo en este grupo. Los médicos suelen ser estrictos con sus prescripciones

de medicamentos tranquilizantes, y presentándose a varios médicos en vez de uno el paciente obtiene una mayor cantidad de medicamentos. Dado que a menudo este grupo de pacientes es

La experiencia de no ser querido puede ser percibida como una degradación más.

difícil de tratar, para muchos médicos este cambio resulta cómodo. La experiencia de los pacientes muchas veces resulta en que el médico no les escucha o que prefiere no tener nada que ver con ellos. El médico, por su lado, tiene en algunos casos la experiencia de ser amenazado al negarse a recetar los medicamentos requeridos por este tipo de pacientes. Para evitar esta situación los médicos pueden llegar a ser bastante hostiles hacia los pacientes, y por lo tanto rara vez ven a la persona detrás de los abusos.

Evjen, Øiern og Kielland (2003) mencionan también los problemas relacionados con el poder, la impotencia, la transferencia y la contratransferencia. Estos fenómenos ocurren a menudo en el área de la salud mental y ayudan a que la interacción sea un desafío para todas las partes, y pueden tener una presencia particularmente fuerte en el tratamiento de pacientes con patología dual. La humillación, la vergüenza y la decepción de que muchos intentos de ayuda no hayan tenido resultado alguno, en varios casos ha dejado los vínculos familiares frágiles. Los pacientes por su lado tienden a apartarse para no seguir decepcionando a sus allegados. La vergüenza puede perjudicar el honor:

La vergüenza también se trata del honor. La vergüenza y el honor son fenómenos gemelos, las dos caras de una misma moneda. El honor está ligado a nuestra dignidad, y nuestra dignidad está relacionada con los límites que establece nuestra dignidad. Los componentes clave de la vergüenza son la dignidad, los límites y nuestra sensación de las sanciones ajenas.

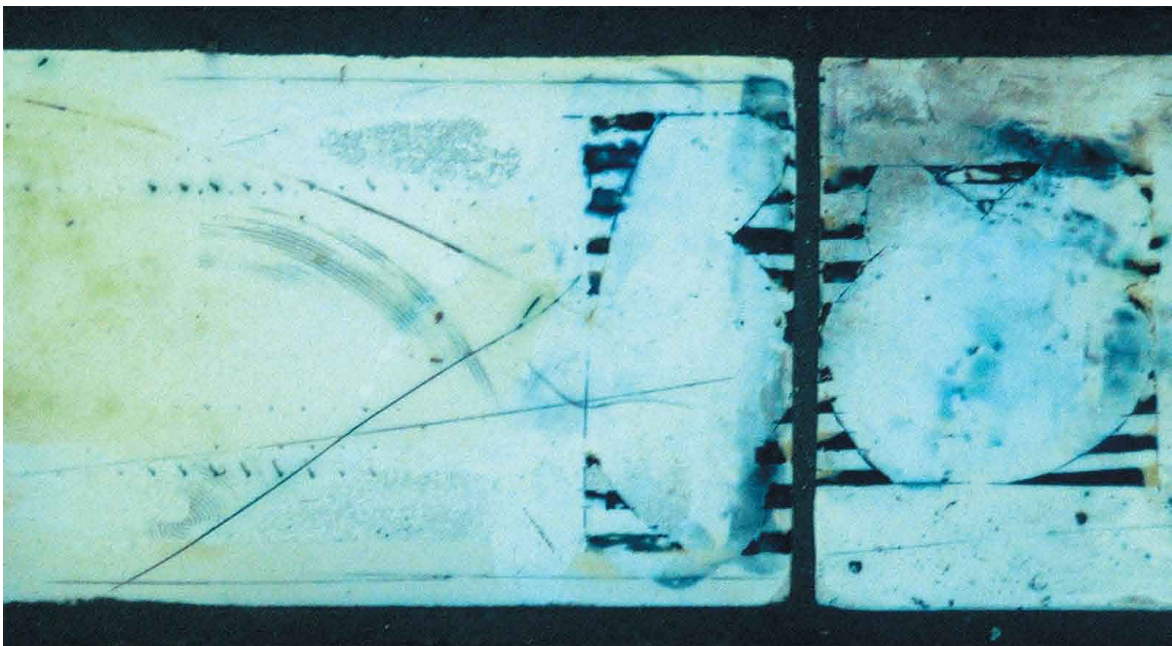
(Humerfelt 2005b)

Cuando se producen estas reacciones en el paciente, la familia, las redes sociales y el profesional, existe una clara necesidad de procesamiento. Puede ser útil hacerlo en las reuniones de la red, las conversaciones familiares, las conversaciones con el individuo y en el grupo de personal.

En el cuadro de datos sobre la patología dual vemos que un paciente perteneciendo a este grupo más rápidamente que otros corre el riesgo de tener los llamados brotes psicóticos. Aquí podemos establecer un paralelismo con Roberto, que tenía su esquizofrenia y tuvo un incidente agudo. Como ayudantes debemos enfrentar las problemáticas específicas que se presentan, independientemente del padecimiento primario. Cuando se sabe que las personas con una patología dual pueden tener una progresión de su(s) enfermedad(es) más rápida que otros grupos de pacientes, la observación de su estado de salud mental es importante. Por otro lado, es agotador ser siempre observado, por lo que se debe hacerlo con gran circunspección.

La delincuencia y la prostitución a menudo van de la mano con el abuso de sustancias tóxicas. El hecho de que una persona tenga un padecimiento psíquico, además de problemas con el abuso de sustancias tóxicas, no la excluye de esta “regla” general. La delincuencia y la prostitución muchas veces se suman a los trastornos mentales y abuso de sustancias tóxicas, y genera a su vez efectos adicionales con conflictos internos y externos. Uno puede decir con seguridad que se rebasa el vaso cuando la vida se vuelve tan complicada. El tratamiento de desintoxicación puede funcionar como un respiro necesario para algunos – comprensiblemente, muchos de ellos están cansadas lo de la vida que llevan.

Desde los Estados Unidos se han reportado buenos resultados de tratamiento para las personas con patología dual al aplicar el llamado tratamiento integrado. El tratamiento integrado implica que los mismos terapeutas trabajan tanto con la problemática del abuso como con el trastorno mental. Los principios de este tipo de tratamiento se basan en un programa gradual con un equipos ambulantes que utilizan formas de aproximación bastante firmes, a la vez que “no tienen una actitud confrontacional y se esfuerzan constantemente para que el tratamiento se base en los términos del propio paciente” (Skjøtskift 2002).



¿Qué tipo de ayuda necesitan las personas con patología dual? Skjøtskift subraya lo siguiente:

Se necesitan:

- Otros métodos para la evaluación del abuso de sustancias tóxicas entre los pacientes psiquiátricos que para otros tóxico-dependientes. Esto incluye la atención permanente a los abusos, una evaluación constante del problema de abuso del individuo, y un plan de tratamiento individual. Un informe preciso del paciente incluye un control de laboratorio e información adicional que puede ser proporcionada por los allegados al paciente dado que el autoreporte es insuficiente.
- Gestión del caso clínico (coordinador personal), basado de un tratamiento más directo de lo que sería común en la gestión y el manejo de otros casos.
- Tratamiento de abuso individual
- Tratamiento de abuso grupal
- Apoyo y tratamiento psicoeducativo a la familia
- Empleo
- Tratamiento médico
- Pautas para una intervención en casos críticos
- Residencia
- Hospitalización de duración corta en una unidad psiquiátrica

Estos puntos son en gran parte congruentes con las necesidades de otros grupos con trastornos mentales. El desafío de trabajar con pacientes con patología dual es que hay que trabajar con muchas de las necesidades en forma simultánea y en paralelo. Skjøtskift no menciona el área de la consejería de nutrición. Hay estudios que muestran que la desnutrición o la nutrición deficiente es un problema frecuente para este grupo de pacientes, y hay mucho que ganar ayudando a mejorar su estado nutricional (Sæland 2000). Las organizaciones no gubernamentales que suministran alimentos a los tóxico dependientes y otras personas sin hogar, realiza una tarea muy importante. El desafío para el personal sanitario y social es darse cuenta de que esta tarea es de suma importancia también dentro de la institución. Las razones del estado nutricional deficiente de este grupo de pacientes son muchas y complejas: Algunos se olvidan de comer, otros no tienen dinero para comprar comida. También hay que tener en cuenta que no siempre coincide el paladar con las necesidades fisiológicas. La mayoría de estos pacientes necesitan comer lo que ellos mismos desean, pero la dieta a la vez debe ser equilibrada. Dado que el azúcar suele ser un sustituto común en una fase de deshabitación de las sustancias tóxicas, a la mayoría también les conviene reducir el consumo de ella (Evjen, Øiern y Kielland 2003).

8.5 Psiquiatría geriátrica

Jervell (2004) hace una pregunta retórica interesante: ¿Es la vejez una enfermedad de deficiencia? Señala todas las expectativas para parecer más joven de lo que uno es, y lo fácil que es conectar viejo y enfermo con toda las miserias que pueden acompañar a la enfermedad en los mayores. Esta manera de pensar es a su vez contagiosa para ellos, y el contagio debilita su sistema inmunológico. Según Jervell, en nuestra sociedad es casi una verdad definitiva que los mayores deben estar enfermos. Estas son reflexiones interesantes, pero también es un hecho bien documentado que las personas mayores como grupo son muy susceptibles a las enfermedades. Y la mala nutrición, como sabemos, puede contribuir a trastornos físicos y mentales. La falta de estimulación es otro ejemplo que puede tener consecuencias similares (Laake, 2002), lo que Jervell también menciona.

Engedal (2004) refiere que las encuestas de prevalencia en algunos países occidentales indican que el 20–25 % de todos los adultos mayores de 65 años tienen un trastorno mental. En Noruega esto significa aproximadamente 200 000 personas. La mitad de ellos viven en sus propios hogares. La mayoría tiene un trastorno demencial, a menudo en combinación con otros trastornos mentales como la ansiedad, la depresión o el delirio. Al saber que las previsiones para la composición etaria en Noruega indican que el número de mayores subirá rápidamente, también sabemos que estos problemas aumentarán; habrá más personas padeciendo y menos personas ayudando. Considerando este contexto será importante intensificar los esfuerzos de prevención.

De acuerdo a una serie de estudios de la población, la edad, el envejecimiento del cerebro y sus consecuencias desde una perspectiva biológica, psicológica y social son factores de riesgo significativos para los trastornos mentales, y esto influye en el pronóstico de los diversos trastornos.

Snoek y Engedal (2000 p. 166)

Con esta referencia se podría responder a la pregunta de Jervell: Sí, para muchas personas mayores la vejez representará una enfermedad carencial. Es un hecho que muchas personas mayores y sus familias se verán afectadas, pero al mismo tiempo hay que tener en cuenta que el 75–80 % de las personas mayores no tienen este tipo de problemas.

Las personas que de jóvenes o adultos han luchado con trastornos mentales, envejecen también. Algunos siguen padeciendo también en su vejez, pero a menudo vemos que el cuadro sintomático desvanece un poco a la tercera edad. Puede explicarse con que la persona en cuestión ya esté acostumbrada a vivir con los problemas, pero también es un hecho que las molestias realmente se reducen, lo que significa que las necesidades de asistencia de estas personas mayores no difieren mucho de las de los ancianos de otra índole. Como se puede observar en el texto sobre la demencia, los mayores pueden tener muchos trastornos mentales diferentes. Sin embargo, en este contexto hablaremos sólo de la demencia, dado que es el trastorno más frecuente.

8.5.1. Demencia

La palabra demencia viene del latín y significa sin mente (de = sin). El trastorno es progresivo, lo que significa que sólo empeora, pero presenta variaciones en cuanto a su desarrollo. El desarrollo de los síntomas puede también variar mucho; entre otras cosas puede depender de la personalidad y la vida que la persona en cuestión haya tenido antes de presentar los síntomas. Ciertos rasgos de la personalidad pueden destacarse en la demencia, tanto buenos como malos.

Los los trastornos de demencia más comunes:

Trastornos degenerativos:

- Mal de Alzheimer, de inicio temprano y tardío
- Demencia Lobar Frontotemporal (DLFT)
- Mal de Parkinson

Demencia vascular:

- Statuslacunaris
- Demencia por infarto único
- Demencia por infartos múltiples
- Demencia hipóxica

Demencia secundaria:

- Demencia alcohólica
- Demencia por falta de vitaminas
- Encefalitis
- Herpes, sífilis, SIDA
- Mal de Creutzfeldt-Jakob
- Tumor cerebral
- Traumas
- Hematomas
- Enfermedades endocrinas

(Engedal 2004)

En la fase inicial, la fase de compensación, el olvido cumple un papel importante. Se puede tratar de olvidar citas ya acordadas o de hacer las compras. La persona en cuestión también puede tener dificultad con la perspectiva del tiempo (Engedal y Berntsen 2000). En una situación de demencia incipiente a menudo se trata de algunos olvidos cotidianos de los que nos pueden pasar a todos, pero la falta de memoria asociada con la demencia suele ser peor que la falta de memoria normal.

En esta etapa es común recurrir a los mecanismos de defensa para cubrir la enfermedad: “Uno simplemente está asustado. No entiende lo que está pasando, y el ataque es la mejor defensa” (Nygård 2005). Los sentidos no se ven afectados en esta fase inicial, pero el aumento de la latencia conduce a que la interpretación de las impresiones sensoriales del demente a veces se vea más lenta y puede conducir a la sospecha de que algo está mal. En esta fase también se producen muchos sentimientos dolorosos, tanto para el demente como para sus allegados. Para todas las partes el entender y percibir de una manera diferente de lo habitual es una carga que conlleva sufrimiento. Pueden aparecer varias reacciones diferentes. Muchos tratarán de evitar situaciones que pueden ser exigentes y de exposición y optarán por retirarse de la vida social. Para el paciente la percepción de su falta de pertenencia a su vez puede causar una depresión, y muchas veces puede ser difícil distinguir entre los síntomas de la demencia y los síntomas de la depresión. Sin embargo, quien no conoce a la persona que sufre la demencia incipiente, notará poco acerca de la enfermedad en esta etapa inicial.

Quien no conoce a la persona que sufre la demencia incipiente, notará poco acerca la enfermedad en esta etapa inicial.

Una tarea importante para el ayudante en esta primera etapa es fomentar un análisis exhaustivo de la enfermedad. Una tarea que puede resultar compleja de dicho

análisis es describir las reacciones del paciente con la mayor precisión posible. Hay que descartar otros diagnósticos, pero es raro que el paciente saque un mismo tema con su médico en la fase inicial. Tanto antes como durante la revisión puede ser ventajoso visitar al paciente en su casa, donde se presentan distintos puntos de partida para la conversación en forma de por ejemplo fotografías y objetos. Es importante observar cómo el paciente utiliza el lenguaje, si parece costarle encontrar las palabras adecuadas, si la conversación es efectivamente un diálogo o si el paciente realmente participa en la conversación y no sólo deja que le hagan preguntas.

Los allegados necesitan apoyo y posible información, incluso en esta fase inicial. Una pregunta reiterada entre ellos es si deben o no corregir al demente cuando se expresa verbalmente. Un buen consejo es que se intente complementarlo y ayudarlo para que se entienda el contenido de lo que quiera expresar. “El desafío es encontrar el significado detrás de las frases”, según Samuelsen (2005, p. 55). Ahora, hay que equilibrar la posible ayuda, porque a veces el significado de las palabras del demente entra en conflicto con lo que los miembros de su familia quieren obtener de una conversación. Por otra parte, a veces los allegados pueden estar tan ansiosos por revelar su opinión que hablan por el demente. El mejor consejo que se puede dar tal vez a la familia en estos casos sea que es necesario ir probando, estar abierto a que cada uno pueda expresar su opinión y sobre todo tomarse el tiempo necesario para hacerlo. Las emociones como la alegría, la tristeza y el resentimiento surgen a menudo en el demente, y con más frecuencia que antes puede llegar a mostrarse conmovido, muchas veces con lágrimas en el rabillo del ojo. El uso consciente del lenguaje no verbal, gestos y miradas, y una fraseología precisa – a menudo con frases cortas, pueden ayudar a facilitar la comprensión. (En el capítulo 9 se encuentra más información sobre la comunicación). Si la persona con demencia parece deprimida, se puede utilizar la manera de acercarse que aplica Ana en su acercamiento hacia Petra (véase el capítulo 5).

En la siguiente fase, la fase de descompensación, la persona en cuestión tiene dificultades para hacer uso de sus habilidades aprendidas, y gradualmente va perdiendo el control sobre su existencia. En esta fase la mayoría de los pacientes entra en contacto con el sistema de salud. El demente se confunde con facilidad, y rápidamente pierde la compostura, especialmente bajo presión. Ideas erróneas y alucinaciones pueden generar un comportamiento incomprensible, y la memoria, la capacidad lingüística y el sentido de orientación se deterioran (Engedal 2000). Cuando el ayudante percibe que el lenguaje del paciente le está fallando y no está seguro de si comprende lo que se le dice, no es fácil hablar con él. Veamos una pequeña historia de una escritora cuyo padre padecía demencia:

Durante una estancia en el hospital el médico me pregunta junto al lecho de mi padre: “¿Entiende algo? Es difícil obtener un contacto visual con él, y tampoco puede hablar”. Le contesto: “Entiende lo que quiere entender. Es un maestro en cuanto a la esencia humana y dispuesto a recibir calor y amor de los que le rodean”. Al salir el médico mi padre, que siempre está callado, dice: “¡Qué idiota!”

(Yde 2002, p. 42)

Esto puede ser un recordatorio de que aunque algunos sentidos pueden fallar, no fallan todos, ni todo el tiempo. El padre de la autora tenía la capacidad, a su propio, modo de no dejarse humillar por alguien que de hecho intentó hacerlo.

En esta etapa de la enfermedad la vida del demente se puede ver afectada por la pasividad, pero también por una inquietud que junto con la confusión puede generar incidentes poco dignos y peligrosos. Existen muchas historias de personas confundidas que caminan exponiéndose en la noche, y a menudo se refieren a una persona en la fase de descompensación – un estado de demencia. Cuando la situación se caracteriza por una disminución tan destacable en el demente, éste necesita un alto grado de facilitación para poder continuar viviendo en su casa. Su necesidad de asistencia aumenta en esta fase, y siempre se trata de hacer la vida más predecible para él. Es importante reducir los estímulos demasiado exigentes, por ejemplo en forma de muchas personas y grandes áreas. Actividades dirigidas a crear confianza y claridad sobre todo en el espacio, pueden limitar la confusión del demente. Puede que recuerde imágenes de etapas pasadas de su vida, y el mostrarle fotografías a veces puede servir como un marco para una conversación, aunque resulte breve. Hasta cierto punto el lenguaje hablado, que en el caso del demente precisamente es lo que le falla, se puede sustituir por la música. “La reacción a estímulos musicales tiene un carácter rítmico en todos los niveles del cerebro” (Myskja 2005). Se está investigando sobre el impacto de la música en personas mayores con demencia. Estudios realizados en hogares de la tercera edad donde se utilizan el canto y la música, indican que a los residentes con deterioro cognitivo se les han reducido los problemas motrices. La música y el canto empleados deben ser conocidos por el demente, y la gama de tonos disponibles debe ser limitada. Es importante ser consciente de esto. Caso contrario, el rato de compartir música para el demente se le puede hacer sentir nuevamente como que se le reduce la habilidad de manejarse (ibid.).

En los llamados jardines sensoriales se ven resultados similares, con estímulos reconocibles utilizados con serios propósitos. Hemos señalado anteriormente que las emociones a menudo están intactas en pacientes con demencia, incluso en aquellos con un extenso deterioro cognitivo. En muchos casos el olfato y el tacto tienen una función reconfortante para estos pacientes. Sin embargo, el establecer un jardín sensorial requiere una buena planificación: Es fundamental que tanto las plantas como los otros elementos utilizados en el jardín se refieran a algo que los usuarios puedan reconocer de su pasado. Se deben buscar cualidades relacionadas con el lugar y la cultura de los pacientes. En un jardín terapéutico para dementes en

los Estados Unidos un viejo Buick resultaba lo más disfrutable para los hombres (Grefsrød 2000).

Tales métodos complementarios de estimulación son elementos positivos en el cuidado de los pacientes con demencia. En primer lugar este tipo de tratamiento no tiene efectos secundarios; luego proporciona un rato agradable que puede resaltar las memorias del paciente.

La última fase, la fase del cuidado, se caracteriza por “fallas motrices” es decir, incontinencia, pérdida del control motor, deterioro del equilibrio y problemas para caminar. En esta fase la mayoría de los dementes dependen totalmente del cuidado físico” (Engedal y Bernsten 2000). El ayudante puede intentar obtener cierto contacto con el paciente en los ratos que se le realizan los cuidados personales. Samuelsen (2005) hace referencia a Merleau-Ponty, que afirma que de todas las funciones fisiológicas el habla es la que está más estrechamente relacionada con la existencia humana. Da el siguiente ejemplo: La paciente está tarareando: “Hmmmmmmmmmmm- mmmm, aaaaaaaaaaaaa, noooooooooooooooooo”. El ayudante comienza a tararear también: “Hmmmmmmmmmmm, aaaaaaaaaaaaaaaa, noooooooooooooooooo” (ibid.).

El paciente canta en un tono menor y con la voz baja. El ayudante también comienza a tararear en voz baja en un tono menor, y hace hincapié en los diferentes sonidos de la misma manera que el paciente. Así crea un ambiente donde los dos se pueden encontrar por medio del sonido. Algunos podrían decir que el ayudante simplemente está imitando al paciente. Sin embargo, en combinación con un contacto visual y un tacto seguro y tranquilo puede resultar una forma de actuar a tener presente en situaciones de asistencia.

Síntomas de la demencia Síntomas cognitivos:

- Deterioro de la memoria
- Deterioro de la capacidad de aprendizaje
- Deterioro del sentido de orientación
- Deterioro del discernimiento y del juicio
- Deterioro de la capacidad de atención
- Dificultades en el lenguaje (búsqueda de palabras, fluidez)
- Dispraxia (construcción, ideacional, ideomotórica)
- Deterioro del sentido visuopatial
- Deterioro de la capacidad de comprensión (agnosia/percepción)

Síntomas mentales y de comportamiento:

- Depresión y retraimiento
- Ansiedad, ataques de pánico y sensaciones de inminentes desastres y catástrofes
- Ideas erróneas e ilusiones
- Alucinaciones (predominantemente visuales)
- Inquietud, desasosiego motor, caminatas errantes
- Falta de interés, falta de iniciativa, apatía
- Irritabilidad, agresividad
- Acciones repetitivas (gritos, acumulación de desperdicios/objetos)
- Alternaciones en el ritmo diario

Síntomas motores:

- Rigidez muscular, problemas de dirección
- Fallas en el equilibrio
- Incontinencia

(Engedal y Berntsen 2004)

8.6 Ejercicios de reflexión, capítulo 8

- Pensar en cómo se puede llevar a cabo una evaluación de riesgo de suicidio.
- En este capítulo se lee sobre el abuso sexual. ¿Cómo se pueden organizar las medidas preventivas de manera que se le pueda proporcionar una asistencia temprana a la víctima? En una situación de abuso hay siempre dos o más partes. Reflexionar sobre cómo los profesionales de la salud pueden ayudar tanto a la víctima/s como al / a los agresor/es de manera que este tipo de situaciones de abuso se reduzcan o desaparezcan.
- En el presente libro se ha descrito cómo se pueden enfrentar los diferentes padecimientos. En la sección 8.3 hemos presentado cierto material técnico sobre los trastornos alimenticios. Reflexionar sobre cómo se puede aplicar la información de los capítulos anteriores cuando se trabaja con personas con trastornos en la alimentación.
- El alcoholismo se presenta como uno de los mayores problemas sociales en el mundo entero. Reflexionar sobre cómo las familias con problemas de abuso de alcohol puedan ser monitoreados por el sistema de salud.
- Pensar en cómo se pueden utilizar fotos y música en el trabajo de contacto con las personas que sufren de demencia.



PARTE III
FACTORES FUNDAMENTALES:
EL CONOCIMIENTO PARA LA PRÁCTICA



9

CONSENTIMIENTO Y COERCIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD MENTAL

9.1 Sistema de diagnóstico

¿Cómo se puede buscar algo cuando no se sabe lo que es? No sabes qué buscar, y si lo encontraras, no sabrías reconocerlo como lo que estás buscando.

(La respuesta de Menon a Sócrates en el diálogo entre los dos, alrededor de 400 años a.C. La cita se conoce como “La paradoja de Menon”)

Hoy en día se utiliza un sistema de diagnóstico tanto en la medicina común como en la medicina psiquiátrica. Como ya hemos señalado, existe un desacuerdo considerable entre los que trabajan dentro de la disciplina de la salud mental sobre lo que se debe definir como condiciones patológicas o dolencias y lo que se debe considerar como problemas inherentes al ser humano. Hasta ahora hemos presentado una serie de conceptos que describen lo que para la mayoría de nosotros son trastornos mentales, como la depresión, la esquizofrenia y las alternaciones de personalidad. Muchos argumentan que puede ser muy pesado llevar la carga de un diagnóstico de esquizofrenia o de alternación de personalidad. Se puede sentir como un estigma, que uno está marcado de por vida. La percepción de que “una vez que uno es esquizofrénico, será para siempre esquizofrénico”, resulta ser bastante común.

Quisiéramos que fuera posible evitar semejantes etiquetas estigmatizantes, pero hay una serie de razones por las que seguimos diagnosticando a nuestros pacientes. Aunque los diagnósticos pueden tener un lado señalador indeseable, para muchos pacientes y sus allegados a la vez implica algo positivo el hecho de ser diagnosticado. A veces es tranquilizante, tanto para los pacientes como para sus seres cercanos, el obtener una confirmación de que algo está mal y saber acerca de ese algo. En la mayoría de los casos un diagnóstico también brinda información de lo que según la experiencia se puede considerar como un buen tratamiento, lo que permite que se puedan implementar las medidas necesarias con relativa rapidez. Para la mayoría resulta algo positivo experimentar que se están tomando medidas, y para muchos

también es un alivio obtener un diagnóstico de las dolencias que pueden haber sufrido un largo tiempo. Sin embargo se ha criticado mucho, y con razón, el uso de los diagnósticos, sobre todo en la psiquiatría. Los trastornos mentales son difíciles de describir sin usar un conjunto de conceptos que contienen evaluaciones subjetivas y muchas veces cargadas de valores. Como anteriormente mencionamos, los diagnósticos psiquiátricos no se dan únicamente sobre la base de análisis de sangre, exámenes de rayos X y similares. Un trastorno de la personalidad debe necesariamente ser descrito por otros, con conceptos más sensibles que aquellos que describen la fractura de un hueso. Es aquí donde los sistemas de clasificación de enfermedades entran en escena. A nivel internacional hace años se está elaborando un sistema que en el menor grado posible se base en percepciones e interpretaciones subjetivas. El objetivo ha sido llegar a un conjunto de criterios objetivos para realizar diagnósticos, incluyendo los diagnósticos psiquiátricos. Por lo tanto, hoy en día se trata de utilizar un lenguaje que en mayor medida intenta basarse en las descripciones de conductas observables. La intención es alejarse de la práctica anterior de que el diagnóstico se realice en base a la interpretación del médico, de lo que él o ella observan. La meta es que un diagnóstico de la esquizofrenia siempre esté basado en los mismos criterios, ya sea que se diagnostique en Noruega, en la India o en Nicaragua.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha presentado una lista de diagnósticos bajo el nombre de CIE (Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento). La versión actual es la décima edición revisada y nos referimos a ella como la CIE-10 ([Clasificación Internacional de Enfermedades] véase Dirección de Salud de Noruega ([Social- og helsedirektoratet] 2006) y es del año 1992. Aquí se presenta la gran mayoría de los diagnósticos psiquiátricos junto con los criterios de los síntomas que deben ser evidenciados antes de que se pueda dar un diagnóstico. Éste es el sistema de clasificación que se utiliza en Noruega. El sistema utiliza el concepto disorder del inglés, que en castellano se traduce como trastorno.

Hay varios propósitos detrás de la aplicación de un sistema de diagnósticos, incluyendo algunos que van más allá de los que se mencionan anteriormente. Uno de ellos es llegar a un entendimiento común de lo que es específico de los diferentes trastornos. Tal comprensión común facilita la comunicación no sólo entre los profesionales, sino también entre los propios pacientes y sus allegados, y permite que la investigación hasta cierto punto sea generalizable. En la medida en que logremos hablar del mismo trastorno, el beneficio es obvio: Los buenos

resultados del tratamiento alcanzados con un paciente se pueden transferir a otros pacientes con un trastorno similar. El psiquiatra sueco Johan Cullberg escribe lo siguiente acerca del sistema de diagnóstico actual:

Esto significa que la fiabilidad, o sea la correlación entre las conclusiones de los diferentes analistas, es alta. Ahora, se puede discutir la validez, es decir el nivel de precisión de la descripción de los distintos trastornos psiquiátricos en los dos sistemas de clasificación.

(Cullberg 2000, p. 57)

Algunos diagnósticos previamente comunes ya no están en uso en el sistema de diagnóstico actual. Por ejemplo no hay referencias a *las neurosis* o a *los estados de borderline*. No es que dichos sufrimientos hayan desaparecido del área clínica, sino que han obtenido otras denominaciones más específicas. Cabe destacar también que en el nuevo sistema el diagnóstico es un intento de describir el trastorno, no la persona que lo padece.

9.2 Salud mental y los derechos humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos es parte constitutiva del Sistema de las Naciones Unidas (ONU) aprobada por todos los países miembros. Contiene 30 artículos en total, y el artículo 25 está relacionado con la salud (Johannessen et al. 2007). La Declaración expone la idea de que todas las personas tienen ciertos derechos en virtud de su calidad de seres humanos. Dado que todas las personas tienen igual valor, también deben tener los mismos derechos. Los derechos humanos “se pueden definir como las nociones básicas de la relación entre el individuo y el Estado, donde el individuo tiene ciertos derechos, independientemente del sistema social y jurídico, que pueden ser garantizados por las disposiciones constitucionales y los acuerdos internacionales. Los derechos humanos constituyen un sistema normativo” (ibid., p. 201). El derecho a la salud no se puede imponer como uno de los derechos individuales a nivel internacional; cada país debe informar periódicamente en cuanto a una serie de preguntas. En la práctica el derecho a la salud se aplica por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. La mayoría de los países presentan sus informes y participan en las reuniones de este comité. Se formulan recomendaciones para el cambio en el caso de que un país no cumpla con los requisitos de las disposiciones de salud establecidas por la ONU. De este modo a los estados se les hace

responsables a través de observaciones en los informes llevado a cabo por los servicios de inspección. En caso de violaciones de las convenciones, ¿es este sistema lo suficientemente bueno en cuanto a la defensa de los intereses de los individuos? El derecho a la salud tiene un contenido y un alcance descritos en la convención de la ONU sobre los Derechos Culturales, Sociales y Económicos (ibid.).

Cada país está comprometido a garantizar que las disposiciones de la Convención se cumplan. La legislación y las prácticas administrativas de cada país se asegurarán que los derechos se apliquen y se sigan. La asistencia para este trabajo se puede brindar en forma de orientación y asesoramiento por parte de la Organización Mundial de la Salud.

Sobre cómo se fomentan y protegen los derechos humanos de los individuos con trastornos mentales:

Las personas que padecen trastornos mentales en el mundo están expuestas a una amplia gama de violación de los derechos humanos. El estigma que enfrentan se traduce muchas veces.

A los pacientes en muchos hospitales psiquiátricos no les va mucho mejor. Son amordazados con grilletes; confinados en camas con rejas; privados de vestimenta, ropa de cama decente, agua potable o servicios higiénicos apropiados y son objetos de abuso y negligencia.

Las personas con desórdenes mentales también enfrentan la discriminación diariamente en la educación, el trabajo y la vivienda. Algunos países hasta prohíben el voto, el casamiento o tener hijos a estas personas.

¿Cómo estas violaciones pueden ser impedidas?

- Cambiar las actitudes y elevar la conciencia sobre el problema. Los ministerios de salud, los servicios de salud mental para usuarios y sus familias, los profesionales de la salud, las ONGs, las instituciones académicas, las organizaciones profesionales y otras partes interesadas deberían unificar sus esfuerzos para educar y cambiar las actitudes del público en general hacia los trastornos mentales y defender los derechos de las personas que los padecen.

- Mejorar los derechos humanos en las instalaciones de salud mental. Se deberían establecer mecanismos para proteger en contra de tratamientos inhumanos y degradantes, condiciones degradantes de vida y admisiones y tratamientos inapropiados, involuntarios y arbitrarios. Las personas deberían tener acceso a mecanismos de quejas en caso de la violación de los derechos humanos.
- Empoderar los servicios de salud mental de usuarios y sus familias. Los gobiernos deberían apoyar la creación y/o el fortalecimiento de las organizaciones de usuarios y allegados. Estos grupos se encuentran en las mejores condiciones para subrayar sus problemas, especificar sus necesidades y ayudar en la búsqueda de soluciones para la mejora de la salud mental en los países, y tienen un papel crucial que jugar en el diseño y la implementación de políticas, planes, leyes y servicios.
- Reemplazar instituciones psiquiátricas con cuidados comunitarios. Las grandes instituciones son a menudo asociadas con la violación de los derechos humanos, y deberían ser reemplazadas por instalaciones de salud mental comunitarias, respaldadas por lugares en hospitales psiquiátricos y la ayuda de los cuidados a domicilio.
- Aumentar la inversión en salud mental. Los gobiernos necesitan dedicar más de su presupuesto a la salud mental. Además el personal en salud mental necesita ser desarrollado y entrenado para asegurar que todas las personas tengan acceso a una buena calidad de servicios en salud mental en cada nivel del sistema de salud.

Adoptar políticas, leyes y servicios que promueven los derechos humanos. Los países deberían poner en marcha políticas, leyes y servicios que promuevan los derechos de las personas con trastornos mentales, empoderarlos para que puedan llevar adelante opciones en sus vidas, proveerles con protección legal y asegurar su total integración y participación en la comunidad.

La OMS ha iniciado un programa global de acción para asistir en la creación e implementación de políticas, planes y legislaciones coherentes y exhaustivas y para asegurar que existan cuidados adecuados para la salud mental en la comunidad. Esto incluye el desarrollo de recursos humanos para la salud mental. www.who.int/features/qa/43/en/#

9.3 La relación de los pacientes con la seguridad pública

En el área compleja y confusa del sistema de diagnósticos el personal de salud está asignado a la función como guardianes de la seguridad pública. Para asegurar que los pacientes o usuarios no sean sometidos a tratos inhumanos, es de gran importancia que dicho personal conozca la ley y los derechos humanos. A algunos les parecerá extraño hablar de estos derechos en el presente contexto, pero es un hecho que la Declaración de los Derechos Humanos enumera los derechos fundamentales de los ciudadanos en un estado de derecho. Esto nos obliga a incluir este pensamiento en la ley y en los diferentes tratamientos. Cualquier violación de los derechos humanos debe ser denunciada ante las autoridades sanitarias.

Cuando un paciente está internado contra su voluntad, el trabajo del personal se vuelve esencial para que se respeten los derechos humanos. Los principales elementos del pensamiento de la seguridad pública se pueden resumir en los siguientes puntos (Eskeland 1994):

- El respeto por la integridad personal
- La igualdad
- El estándar mínimo de calidad
- La legalidad

Se pueden añadir muchos sub-puntos, pero este contexto no nos permite entrar en todos. Lo importante y lo que se espera del personal sanitario, es que tenga una comprensión básica del contenido en los mencionados cuatro puntos. Los derechos humanos no sólo se violan en las grandes instituciones estatales, sino que esto también ocurre en el servicio de salud municipal.

El respeto a la integridad personal significa en este contexto que el paciente tiene el derecho a practicar su religión y que sus valores, por ejemplo, deban ser respetados sin que esto sea objeto de un tratamiento. Sólo aquellos aspectos del paciente que puedan estar relacionados con su padecimiento pueden legalmente ser sometidos a un tratamiento. Las características personales y/o intereses particulares normalmente no deberían incluirse en el tratamiento. Aquí puede resultar fácil equivocarse, porque el personal no siempre es capaz de distinguir entre las características de la personalidad del paciente y su dolencia. Esto puede causar que la duración de la estancia en la institución sea más larga de lo necesario, lo que luego impide

la hospitalización de otros pacientes por falta de lugar (es importante destacar que la capacidad y la necesidad de nuevos ingresos en la institución no deben interferir con los pacientes ya hospitalizados). El punto de la igualdad implica simplemente que casos iguales deben ser tratados de igual manera. Esto significa que debemos ser extremadamente cautelosos de no dar a un paciente un tipo de tratamiento u otros beneficios que no se pueden proporcionar simultáneamente a los demás pacientes que se encuentran en una situación similar. Por otro lado la igualdad también puede significar un tratamiento distinto. Una diferencia importante entre dos pacientes puede causar que en algunos casos sea correcto tratarlos de forma diferente. Las circunstancias y los parámetros pueden ser diferentes incluso si la situación actual parece ser igual.

El punto sobre el *estándar mínimo de calidad* implica que si el ofrecimiento a un posible paciente no se puede considerar terapéutico, la base legítima para el uso de la fuerza no se encuentra presente.

Se requiere, en otras palabras, que la hospitalización deba representar un positivo avance terapéutico. Si el ingreso se basa únicamente en la intención de “eliminar” a una persona de la sociedad, no es ni aceptable ni legal. La atención obligatoria de la salud mental no debe ser utilizada para satisfacer las preferencias sociales de control social. Según los Derechos Humanos, el derecho del individuo a vivir su vida en paz es más fuerte que las posibles necesidades de la sociedad de eliminar una “existencia problemática” (en la Unión Soviética a los disidentes políticos se les ingresaba en hospitales psiquiátricos como forma de neutralizarlos y volverlos inocuos).

Como último criterio, la legalidad señala que estamos obligados a cumplir con los requisitos formales de una hospitalización forzada antes de que sea legalmente válida, es decir, las evaluaciones profesionales y/o médicas deben estar en orden y los papeles firmados deben haberse presentado.

Es la obligación de la sociedad trabajar para proteger la integridad y la libertad de cada ciudadano. Esto significa que un ciudadano puede ser muy discrepante en su estilo de vida sin que la sociedad tenga el derecho a intervenir en su vida personal. Una buena comprensión de la legislación acerca de la salud mental es un requisito para que el personal competente en esta área pueda mantenerse del lado correcto de la ley en la distinción que necesariamente

hay que hacer para intervenir y brindar la atención adecuada que es a la vez nuestro derecho y nuestro deber. La legislación también está diseñada para proteger a quienes son incapaces de cuidar de sí mismos.

¿Qué sería de nuestra querida, maloliente, hermosa Europa sin drogadictos, borrachos, homosexuales, tuberculosos, locos, sifilíticos, incontinentes, delincuentes y epilépticos? Toda nuestra cultura es creada por los criminales, dementes y pacientes. No existe ser humano normal que haya hecho una cosa útil o duradera: fueron los normales que construyeron los campos de esclavos en Germania y Rossija.

(Jens Bjerneboe 1990)

9.3.1 Reflexiones éticas sobre el uso de la fuerza

Que a un individuo se le trate en contra de su voluntad es una de las intervenciones más fuertes que se pueda imaginar. Con la ley en la mano la sociedad puede, en ciertas situaciones, hacer tal privación de libertad hacia sus ciudadanos. Si el trastornado mental no entiende el motivo de su internación, esta falta de comprensión desencadenará una avalancha de diferentes pensamientos y sentimientos aterradores en él. El internado rara vez posee la facultad para comprender esto, siendo parte de la naturaleza de su trastorno. Por lo tanto, la internación en sí misma representará una carga adicional significativa que puede generar un empeoramiento del trastorno. Es importante que el personal de la salud mental tenga los derechos humanos en mente en todas y cada una de las situaciones de internación.

Los pacientes psicóticos suelen tener además una importante experiencia de profunda angustia interior. La hospitalización forzada con la posible presencia de la policía u otras personas con poder reforzará aún más la experiencia de ansiedad y confusión. Lamentablemente vemos con demasiada frecuencia que el paciente que se está por internar, se siente tan invadido y “arrinconado” que recurre a la violencia y otras formas de agresividad y descontrol. La agresión y la violencia del paciente a menudo se enfrentan con la intervención física por parte del personal. Visto con los ojos del paciente tal reacción puede intensificar la experiencia de estar solo, aislado y sin nadie de confianza. De cierta manera el paciente se puede sentir abandonado en su propia locura.

Sabemos que en muchos de los casos han habido varios incidentes antes de la hospitalización, cuando la víctima no era tan inaccesible. Se podrían haber tomado medidas con el fin

de resolver las dificultades antes de que la situación fuera tan compleja que fuera necesaria una hospitalización forzada, y es de esperar que se tomen medidas al respecto cuando los servicios de salud mental tengan un mayor y mejor desarrollo y haya más y mejores servicios a nivel local. Se necesita una oferta de tratamiento mucho más amplia para ofrecerles servicios adecuados a personas con trastornos mentales.

Tanto para los pacientes, sus allegados y el personal de salud el uso de la fuerza puede ser complejo. El punto de partida del tratamiento de todo tipo de trastornos mentales es que se construya una alianza entre el médico y el paciente o usuario, una alianza que se base en la motivación y la voluntad. La mayor parte del personal de salud ha elegido su profesión porque quiere aportar algo positivo a la vida de los demás, pero el uso de la fuerza a menudo tiene connotaciones negativas. Muchos dirán que el empleo de la fuerza contra otro es contrario a la visión humana en una sociedad educada. Ahora, el no uso de la misma en algunas circunstancias también se puede considerar como éticamente indefendible. Si una persona necesita de tratamiento, supervisión y cuidado pero es incapaz de pedir ayuda por problemas o trastornos mentales, el sistema de apoyo debe responder por ella. El no hacer nada constituirá una omisión, y por lo tanto puede ser digno de crítica.

9.3.2 La hospitalización de Roberto

Recordamos que Roberto en la sección 6.5.1 fue hospitalizado contra su voluntad. El médico de la familia constató que él era claramente psicótico y posiblemente necesitaría tratamiento en un hospital. Roberto también manifestó ver llamas, que los demás no podían observar, y afirmó que encendería un fuego. Había, pues, peligro de que llegara a provocar un incendio que podría resultar en un peligro tanto para él como para su familia. Roberto no estuvo ni fue especialmente motivado ni dispuesto a cooperar con el personal en el hospital. No obstante, la hospitalización forzada pareció ser el menor mal de los dos que se presentaban. El médico era consciente de que la ejecución de la internación podría socavar la futura motivación de Roberto para la cooperación y el tratamiento, sin embargo el riesgo de que alguien resultara herido o que se perdiera una vida era más importante. El permitir que Roberto se quedara en la casa con sus padres, que naturalmente presentaban sentimientos de miedo después de todo lo que habían experimentado, era también equivalente a dejar caer una gran responsabilidad sobre ellos.



En las dos primeras partes del presente libro hemos señalado la importancia de que el profesional le muestre respeto a aquél que necesita ayuda. Es fácil traspasar los límites. El temor de traspasarlos, y el conocimiento acerca de la vulnerabilidad de las personas con trastornos mentales, también pueden conducir fácilmente a que el profesional no elija las maneras más constructivas de relacionarse con el paciente. Para que el paciente entienda claramente lo que hace o dice el profesional, es fundamental que conozca sus propias actitudes y acciones. A continuación presentaremos algunos fenómenos que directa e indirectamente afectan la relación entre las personas que necesitan ayuda y las que supuestamente se la brindan.

10.1 Empoderamiento

El empoderamiento se puede ver como un resultado o como un proceso. El control sobre la vida de uno se puede obtener a través de un proceso de empoderamiento. Este proceso implica participación y relacionamiento con los demás al mismo tiempo que involucra al entorno de las (s) persona (s) en cuestión (Tveiten 2007). Paulo Freire (1974) fue un pionero de este pensamiento en cuanto al papel del profesor y la difusión del conocimiento. Proponía una mayor participación por parte de los alumnos en la enseñanza para evitar que sólo fueran receptores pasivos. La misma filosofía es la base del pensamiento acerca del empoderamiento en el sistema de salud.

Se habla de un cambio de paradigma en el tratamiento de pacientes con trastornos mentales. La participación del usuario o paciente en una perspectiva de empoderamiento implica que los profesionales deben alejarse de su papel de expertos. El cambio de paradigma en este contexto significa que se debe poner mayor énfasis en el conocimiento y la experiencia que los propios pacientes poseen sobre su enfermedad, y que el paciente/usuario obtenga también una mayor ingerencia sobre el tratamiento y el seguimiento recibido. Las personas con trastornos mentales a menudo confían poco en sí mismas y tienen una baja autoestima. Se desea eliminar esta identidad. Esto no significa que el paciente pierda su rol como tal sino que el individuo también debe ser visto más allá de su enfermedad, como un ciudadano, para evitar

quedar preso de por vida de un rol de paciente o de enfermo. El individuo necesita sentir dignidad y orgullo y el poder tener un papel activo en su propia vida resulta así un requisito básico. Dado que, como ya se ha mencionado, las personas con trastornos mentales suelen tener un mal concepto de sí mismos y una baja autoestima, es importante que los profesionales de la salud, los allegados y la red social del paciente se tomen en serio su vulnerabilidad para que los pacientes encuentren así los desafíos suficientes para su propio desarrollo. (<http://psykiskhelsearbeid.no/content/735/Empowerment-i-detalj>)

Para muchas personas con trastornos mentales es precisamente esto lo que necesitan para poder proporcionar la participación que requiere el proceso de empoderamiento. Humerfelt señala que los conceptos de empoderamiento y participación del usuario están relacionados, pero que no son sinónimos. Para alcanzar las metas que se suponen son la base del trabajo tanto a nivel individual y grupal como comunitario, se precisa la participación del usuario en el proceso de empoderamiento: “La participación del usuario es un requisito para el empoderamiento, pero aquella no necesariamente requiere empoderamiento” (Humerfelt 2005a).

Según la OMS, el empoderamiento se ve como un valor fundamental para el individuo y su familia cuando el objetivo es promover la salud. Gibson define el empoderamiento de otra manera, es decir, como “un proceso en el que se ayuda a una persona a obtener el control sobre los factores que afectan su salud” (Gibson 1991, p. 359). Aquí vemos el empoderamiento como un camino para el establecimiento o restablecimiento de la responsabilidad. En otras palabras, el grado de autoridad o control del usuario es significativo para el control sobre su propia salud.

Paterson y Zderad (1988) en su teoría de la enfermería psiquiátrica hacen hincapié en que la enfermería se debe ejercer para que el paciente obtenga un mantenimiento o mejoramiento en su salud. Usan los términos de well-being y more-being – “bienestar” y “mejor-estar”. Consideran que las medidas adoptadas que promueven la salud dan bienestar al paciente, y que el enfermero también experimenta un bienestar al ejercer la enfermería de esta manera. La enfermería debe estar relacionada con las necesidades de calidad de vida del individuo independientemente de su estado de salud, y en vez de etiquetar a los pacientes como crónicos o sin esperanza, la tarea consiste en promover y salvaguardar sus aspectos más humanos. Esto, según Paterson y Zderad, es “mejor-estar” – una enfermería que promueve el crecimiento que existe como potencial en todos, independientemente de su situación de vida (Ingeberg 1994).

Con el término de empoderamiento se ha vuelto también común hablar de un retorno de la autoridad del usuario. En este contexto quisiéramos señalar que la propiedad de la autoridad ha sido siempre del usuario. A través de actitudes negligentes se ha desarrollado la idea de que esta autoridad ha sido trasladada al profesional, que de este modo tendrá la obligación de devolvérsela al paciente de alguna manera. Una buena práctica, en nuestra opinión, sería que habláramos acerca de cómo el usuario puede preservar su propia autoridad. El tratamiento llamado terapia de ambiente se basa en la misma idea. En la literatura nos encontramos con estos pensamientos en Leira, quien señala que una pregunta primordial para el ayudante debe ser la siguiente: “¿Cómo fortalecer la autoconfianza y el coraje, y debilitar el autodesprecio y la resignación?” (Leira 2004).

Stang utiliza el concepto de autorización, diciendo que “la autorización implica una transferencia de poder en una relación que va desde el más poderoso hacia el más débil” (Stang 1998, p. 23). En la literatura encontramos muchos ejemplos similares en que el usuario se considera el eslabón más débil en su propia relación con el profesional de salud y servicios sociales – ya sea que éste se considere como individuo o como representante de un sistema.

Si se toma como punto de partida la postura de Stang, significa que la autoridad (el poder) la (lo) tienen los profesionales y que son ellos los que deben transferirla (lo) a los usuarios. Como un experimento mental podemos hacer el razonamiento al revés. Los usuarios delegan su poder a los empleados. Lo típico en la relación entre el paciente y el profesional es que el profesional haya sido y se defina como un proveedor de servicios – mientras que el paciente a menudo ha sido y es un receptor pasivo. Las actitudes de los profesionales se caracterizan desde hace mucho tiempo por una idea de que son la parte en la relación que en virtud de su experiencia está en una posición de poder hacia el paciente. Estas afirmaciones apoyan la actitud de que son los profesionales los que más saben y que por lo tanto tienen un poder definitorio en cuanto a decidir cuáles son las mejores soluciones a los desafíos de la elección de una forma de vida y a la elección de actividades. El personal en nombre de la comunidad le hace una oferta al paciente y por lo tanto posee este poder. Sólo cuando un usuario es consciente de su propia autoridad y su poder hacia el profesional, su participación puede llegar a ser real. Un paso hacia la claridad en lo que respecta al equilibrio de poder en la relación entre el profesional y el usuario puede ser la de distinguir entre el poder a nivel individual y el poder a nivel del sistema.

El concepto del empoderamiento tal y como lo hemos descrito tiene muchos componentes como la autoridad, el poder, la impotencia y la participación del usuario. En la siguiente parte daremos ejemplos y nos referiremos a la investigación y varios proyectos sobre el tema.

10.1.1 Poder e impotencia

El poder se puede definir de muchas maneras. Optamos por diferenciar entre el poder formal y el poder informal. Tales poderes se observan en las relaciones sociales:

En una relación interpersonal no sólo importan las distintas funciones y roles de los participantes; lo decisivo es su manera de desempeñar éstos. Monsen describe las relaciones inter-

El poder se puede ejercer directamente influyendo en el conocimiento y las opiniones de otros actores, de sus valores, preferencias y normas, o influyendo en la forma como estos son interpretados. Un actor también puede tener el poder de controlar directamente el conjunto relevante de recursos, o de controlar más o menos directamente los intereses en juego en la interacción en cuestión.

personales tomando como punto de partida el equilibrio de poder. En cuanto al conocimiento subjetivo dice: “El tratar de ver una relación desde afuera puede ser bastante inútil. No son los criterios externos, sino la comprensión subjetiva lo que determina quién tiene el poder en una relación” (Monsen 1990, p. 60). En la práctica esto significa que ambas partes deben de reflexionar sobre cómo una situación se caracteriza por el poder.

Tomemos como ejemplo la historia de Petra y Ana (véase el capítulo 5). En el mundo de Petra probablemente sean los profesionales los que simbolizan el poder y que confirman su propia impotencia. Ana le da la comida – lo contrario de lo que Petra quiere. Ana por su parte tiene miedo a equivocarse. El decidir algo – lo que significa ejercer el poder – es para ella aterrador. El resultado es que Ana también se siente impotente. Quien objetivamente tiene el poder en este ejemplo, Petra o Ana, carece de interés. Lo interesante es la experiencia subjetiva de las dos protagonistas.

La reflexión es importante al evaluar las relaciones de poder. El ver una situación desde la posición del otro puede ser una buena idea para corregir las propias acciones. Si las personas involucradas en la relación tienen la oportunidad de conjuntamente llevar a cabo una

reflexión sobre un acontecimiento, se podrán familiarizar con las experiencias del otro, y así tendrán la oportunidad de eliminar o resolver ambigüedades. Éste es un desafío para todo profesional, pero quizás especialmente para aquél que trabaja en la salud mental. Las situaciones de actuar conjuntamente y cooperar son numerosas, y en este campo a menudo se superponen. Es importante tomarse el tiempo necesario para detenerse y compartir las experiencias del trabajo relacional con las personas involucradas. Monsen dice que nuestras relaciones individuales oscilan muy repentinamente entre el poder y la impotencia (Monsen 1990). Esto hace que la reflexión sea aún más necesaria.

En la literatura se describen varias situaciones de pacientes en que aparece la relación entre el poder y la impotencia (Bøe y Thomassen 2000). La impotencia se puede identificar como indiferencia, ira o agresión. Estas son reacciones que pueden surgir tanto en el que se define como paciente como en el profesional. Para el profesional es importante la orientación para identificar y procesar estas experiencias y sentimientos. Sin dicha orientación existe un elevado riesgo de que la relación con los pacientes se vea afectada.

10.1.2 Autonomía y paternalismo

La autonomía, la autoregulación o el libre albedrío se desarrollan a través de la interacción con los demás e implica que uno presente sus intenciones interactuando directamente con ellos cuando están en juego sus intereses. El concepto de autonomía se puede entender como un concepto relacional. Esto marca una autodeterminación relacionada con las responsabilidades de cada uno en una comunidad (Johannessen et al. 2007). En algunos casos, por ejemplo donde el paciente tiene una psicosis, puede ser que el ayudante deba hacerse cargo dado que el paciente no tiene las habilidades para tomar decisiones.

El derecho del individuo a decidir sobre su propia vida (la autonomía) puede a veces contrastar con la necesidad de actuar en nombre del otro. Una persona tiene el derecho a decidir lo que quiere y no quiere. También puede optar por delegar el derecho a decidir a los demás. Kari Martinsen considera que en el último caso es una cuestión de confianza, y señala que la actitud de uno puede contribuir a que el otro se sienta tanto amenazado como seguro. Se vuelve necesario hacerse digno de la confianza del otro. Martinsen indica también que un profesional está comprometido al entrar en una relación, siendo importante ajustar ese compromiso: si es demasiado grande, puede llegar a eclipsar las necesidades y deseos del otro, y así se puede dar paso a una relación conflictiva. Puede ser muy desagradable entrar en tales

conflictos. Sin embargo, es importante enfrentarse a ellos, dado que el paciente en este tipo de situaciones puede experimentar una pérdida de autonomía y desarrollar indiferencia. El compromiso también puede tomar la forma de lo que Martinsen llama atención sentimental. Esto significa que al paciente no se le exige nada, mientras que se le priva de la responsabilidad y la oportunidad de elegir. El ayudante “sabe mejor” lo que es beneficioso para el paciente. Este tipo de supuesta asistencia muchas veces se trata más de las necesidades propias del ayudante y no de lo que el paciente realmente necesita (Martinsen 1990). El ayudante se hace cargo de responsabilidades aunque el paciente sea capaz de tomarlas.

El *paternalismo* (del latín *pater* = padre) significa dirigismo. Una actitud paternalista se puede definir como en la siguiente cita danesa: “Sé mejor que tú lo que es mejor para ti, lo que me da el derecho a decidir por ti” (Rossel 1995). Tal actitud no es muy compatible con los lineamientos básicos de los servicios sanitarios y sociales. Sin embargo, en algunos casos será necesaria. El uso del cuidado obligatorio de la salud mental es en sí mismo una acción paternalista. Martinsen (1990) opera con el concepto de paternalismo suave. Esto implica que al paciente se le reduce a una persona que ya no es autónoma y significa que es posible asumir el derecho a decidir sobre la vida del otro en algunas áreas, pero sin hacerlo en todos los asuntos que le conciernen. Se toman, por ejemplo, decisiones sobre el tratamiento obligatorio; sin embargo el paciente puede tener ingerencia en el contenido de éste.

La autonomía y el paternalismo son fenómenos complejos y desafiantes en el área de la salud mental. Por un lado tenemos los abusos y las actitudes de “nosotros sabemos lo que es mejor”. Por consiguiente, es importante que el profesional recuerde que el participar en el tratamiento de un individuo no es lo mismo que tener el derecho total de decidir sobre él. También encontramos las deficiencias por carencias, que a menudo implican que se soporta o no se atreve o desea relacionarse con lo que se ve. Hacer algo acerca de la situación se vuelve demasiado complicado al tener en cuenta el ideal de la autonomía. Teniendo como punto de partida las pautas de la OMS el paciente tiene el derecho a ser consultado en cuanto al tratamiento que se le ofrece. Esto requiere una buena información y conocimiento sobre las opciones y consecuencias. El brindar dicha información y la transferencia de dicho conocimiento es un desafío, sobre todo en el trabajo en salud mental. El colocar el foco en la participación del usuario parece tener efectos positivos. Aparentemente en el área de la salud mental hay cada vez más debates éticos donde a menudo se tematizan las prácticas paternalistas y las necesidades de aumentar la autonomía de los pacientes (ibid., Rossel 1995).

Según Hummelvoll (2004), se requiere tanto sabiduría como amor para relacionarse con la autonomía y el paternalismo de una manera ética.

10.1.3 La participación del usuario

A fin de salvaguardar los derechos humanos fundamentales en la ejecución de los servicios de salud se ha establecido el concepto de participación del usuario. Esta participación y el enfoque en la integridad del paciente en el tratamiento han sido evaluados como esenciales en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con trastornos mentales en varios países. El enfoque preventivo es también fundamental para el empoderamiento y en cuanto a la creación de condiciones de seguridad y la difusión de información sobre los temas de salud mental. En la práctica esto le dará al individuo la oportunidad de desarrollar y utilizar sus propias habilidades y recursos y tener la libertad de ser capaces de tomar decisiones e influir en sus propias condiciones de vida. Anteriormente se ha observado un patrón en el que parece que los pacientes con trastornos mentales se han visto privados de este derecho. La realidad muestra dos extremos: en un extremo el paciente ha sido abandonado a su suerte, mientras que en el otro el sistema ha invadido su vida. Para las personas que han recibido seguimiento durante mucho tiempo, los efectos han sido fuertes. Para contrarrestar los efectos adversos se han reforzado los derechos de los pacientes y la perspectiva de los usuarios ha obtenido un lugar central en la política de salud de la OMS. La participación del usuario se introduce en diferentes niveles. Las experiencias, los conocimientos y las competencias de los usuarios se han convertido en una parte de la formación y un complemento para los profesionales, los políticos y la administración. Estas contribuciones se pueden utilizar en la planificación, el diseño y la operación de una mejor atención en salud. Para aquellos usuarios que participan en esta tarea también su propia participación formará parte de su proceso personal de afirmación de sí mismos, de crecimiento y maduración.

Para que el usuario tenga un impacto real en el área de la salud mental, hay que aclarar lo que este hecho implicaría para todos los niveles de funcionamiento de la misma. Hay diferentes niveles y grados de participación, y hay también una diferencia entre contribución y participación. El contribuir a algo puede, por ejemplo, significar que los usuarios presentan ciertas propuestas, pero que quien dirige la discusión pueda decidir si incluirlas o rechazarlas. Esto se encuentra en oposición a una cooperación igualitaria, donde los usuarios y los profesionales a través de un proceso de trabajo común alcanzan una decisión conjunta.

Christoffersen (1992) ha presentado un modelo donde se distingue entre cinco grados diferentes de tener influencia:

Información:

Los usuarios reciben información sobre el funcionamiento y las decisiones tomadas, pero no tienen influencia ya que no están involucrados en la toma de decisiones.

Consulta:

A los usuarios aún no se les da la oportunidad de participar en la toma de decisiones, pero pueden ser consultados.

Asociación:

Los usuarios están representados en los órganos de gobierno y por ende están participando en la toma de decisiones.

Delegación:

A los usuarios se les delega autoridad para que ellos mismos tomen decisiones, como por ejemplo en partes del funcionamiento.

Control:

El nivel de impacto más alto se logra cuando los usuarios toman el control por ejemplo de una institución. Esto se puede hacer si la institución se privatiza mediante la venta de instituciones públicas, o a través de que los usuarios sean dueños y funcionarios del establecimiento sin una regulación municipal, pero con una subvención pública para su funcionamiento.

Según Raustøl, esta clasificación es aplicable en relación a varias áreas dentro de los funcionamientos municipales. En el caso de que efectivamente constituyan parte de los servicios municipales, el desafío consiste en determinar en qué nivel se encuentra la participación de los usuarios (Raustøl 1996). Algo similar puede ser relevante dentro de las entidades de salud. Resulta, como hemos visto, un objetivo del Estado que todos los servicios de salud y sociales tengan una participación de los usuarios.

La interacción del usuario también se ve como un derecho. Los servicios para personas con trastornos mentales deben ser enfocados hacia la promoción de la independencia, la autonomía y la capacidad del individuo de dominar su propia vida. Esto representa una gran exigencia tanto para los servicios como para los profesionales, y el personal debe salir de sus roles tradicionales. Ya no harán “todo por el paciente”, sino que deben intentar asistirlo para que él mismo pueda actuar y asumir la responsabilidad.

Para que el usuario tenga un impacto real en el área de la salud mental, todos los niveles deberían aclarar lo que esto significa para su funcionamiento. La autodeterminación implica el derecho a participar en las decisiones que le afectan a uno. Es un derecho humano general para toda persona mayor de edad (Huse 1994). El poder influir sobre su propia situación, como hemos visto, ya no es sólo una posibilidad, sino un derecho en un sentido legal también en el campo de la salud mental. En muchos lugares en el mundo la organización Salud Mental ofrece capacitación acerca de la participación del usuario tanto dentro del sistema como a nivel individual.

10.1.4 Proyectos e investigaciones

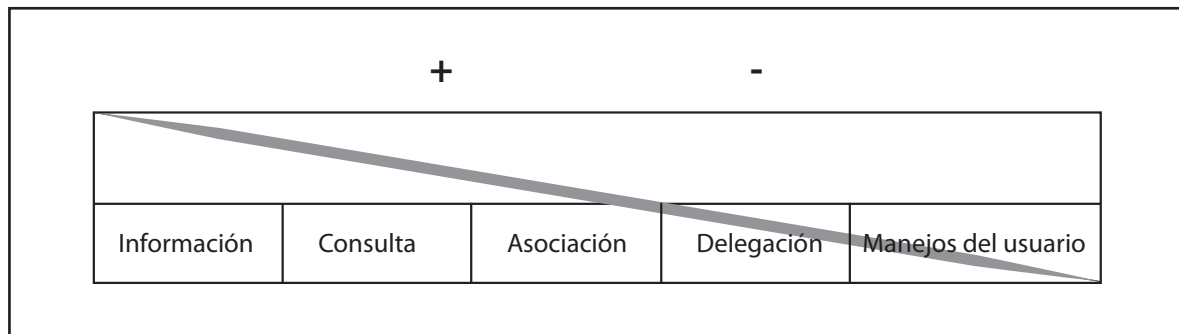


Figura 10 Humerfelt ha estudiado el aspecto del control y el poder en cuanto al nivel de organización de manejos del usuario de Christoffersen (Humerfelt 2005a). Se debe notar que en el último nivel el término “manejo del usuario” se refiere a aquellas situaciones que son controladas por el propio usuario.

Varios proyectos de empoderamiento cuyo propósito es ver si éste puede fortalecer la participación del usuario en el área de la salud mental han desarrollado programas de capacitación para la interacción del usuario. Los proyectos se han realizado como diversos programas de

formación y utilizan personas que ya tienen experiencia como pacientes para enseñar a otros pacientes y al personal de salud. (<http://bshas.wordpress.com/2008/02/14/noen-lenker-til-beretning-smith-hald/>)

En Nicaragua se hace algo similar en “peer education” (educación entre iguales) o “charlas”. También se forma a jóvenes para oficiar de contacto y para llevar a cabo una labor preventiva en el área de la salud mental e informar en distintas instituciones educativas y recreativas a jóvenes para que tomen conciencia de su propia salud mental y la de sus amigos.

Es importante problematizar acerca de la medida en que el paciente psiquiátrico está motivado y es capaz de participar en su propio tratamiento. La participación de los usuarios no sólo se trata de las oportunidades individuales de participación en la implementación y mejora de los servicios de salud. Esta participación en el campo de la salud mental puede implicar el involucramiento del paciente en la enseñanza y la capacitación del personal de la salud (Storm 2009). De este modo sus experiencias se presentan como importantes y las comparten con los profesionales de la salud, destacándose la perspectiva del paciente o el usuario. También se trata de involucrar a los usuarios de los servicios de salud, a los grupos de pacientes y a las diferentes organizaciones en la toma de decisiones a nivel del sistema (ibid.).

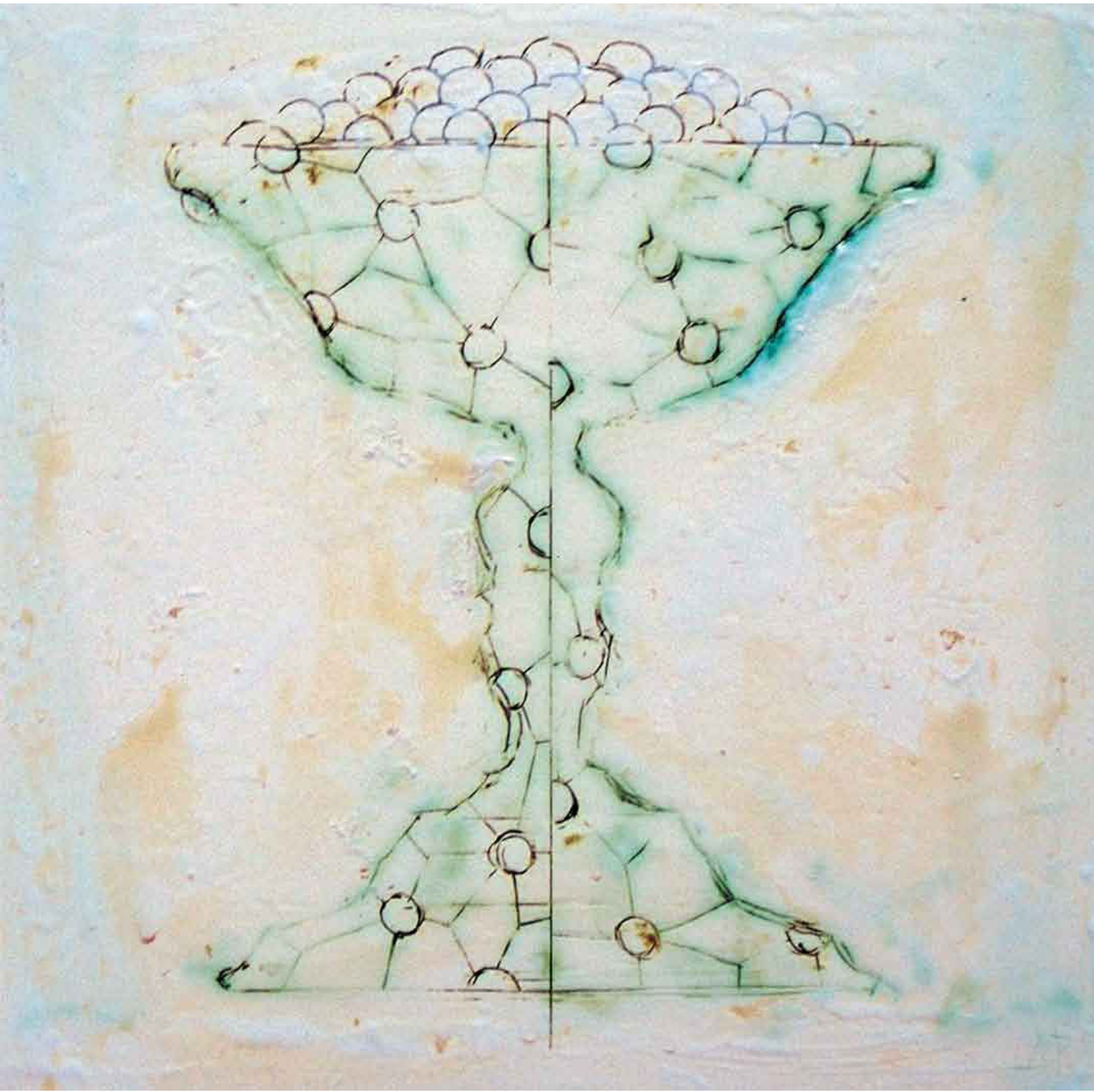
Los profesionales de salud tienen responsabilidades que conlleva su práctica profesional, pero las experiencias propias del paciente contribuirán como un aporte inestimable a la formación y competencia necesitadas por los profesionales para proteger a los pacientes y usuarios de la mejor manera posible.

En un estudio realizado en pacientes con trastornos mentales se evaluaron, a través de entrevistas con grupos focales, el conocimiento de los pacientes y sus puntos de vista y experiencias acerca de los principios del empoderamiento (Tveiten, Haukeland y Onstad 2011). El estudio concluyó que el sistema afecta el proceso de empoderamiento, y que la colaboración entre el paciente y el profesional resulta en un continuum en relación al poder. La comprensión, el aprendizaje y la atención representarán oportunidades y serán un requisito para la participación (ibid).

10.2 Ejercicios de reflexión, capítulo 10

- Reflexionar sobre lo que podría significar cuando se dice que la igualdad puede implicar “un trato diferente”.
- Reflexionar sobre lo que significa tener una actitud paternalista.
- Reflexionar sobre tu papel en relación al paciente y sus allegados y cómo tu poder puede afectar tu encuentro con el paciente y la interacción con él.
- ¿Cuál es el poder formal y el poder informal?
- ¿Qué puedes hacer como profesional en tu lugar de trabajo para mejorar la participación de los usuarios, ya sea en el sistema o a nivel individual? Describe tu propia actitud al respecto.





11

EL PODER Y EL SIGNIFICADO DEL LENGUAJE

La comunicación representa la posibilidad de intercambio y transferencia de información entre dos o más partes a través del habla. Sin embargo, tanto el formato de la comunicación oral como el de la comunicación escrita dependen del lenguaje humano. El lenguaje es aprendido en la infancia, donde se reciben estímulos lingüísticos del entorno y de las personas cercanas.

Cuando el personal de salud se relaciona con personas con trastornos mentales, pueden entrar en juego su propia tensión e inseguridad, sentir miedo a decir algo “incorrecto” – algo que empeore la condición del paciente, lo que puede proporcionarle un sentimiento de culpa al profesional.

La imaginación puede llegar a limitar el entendimiento y el contacto entre las personas. A nadie se le pueden prohibir las fantasías y mucho menos los sueños, pero en muchos casos se confirma que las raíces de ambas se encuentran en el mundo de la fantasía y no en la realidad. En cuanto a los pacientes, una simple pregunta difícilmente sea dañina, salvo en casos donde hayan ido acumulando alguna problemática durante mucho tiempo.

En la comunicación con los pacientes no tiene mucho sentido tenerle miedo al propio sentimiento de culpa, pero hay que tener en cuenta que también los allegados puedan tener ese sentimiento. El silencio y los tabúes que han existido en relación a tener hijos con un trastorno mental pueden, por ejemplo, estar relacionados con una cuestión de culpabilidad.

En la preparación para los estudios prácticos y en el ejercicio profesional se hace necesario adquirir y practicar las habilidades de comunicación directa. Es importante tener en cuenta la relevancia del lenguaje. Wallin Weihe (1997) dice que el lenguaje tiene dos funciones principales. Una es la que está vinculada a la identidad cultural, y la otra es la función central del lenguaje en la interacción con los demás. El cuidar a alguien significa que la relación ya de por sí es asimétrica. Para borrar o reducir la distancia en la relación se requiere el reconocimiento del otro. Wallin Weihe considera que el concepto de reconocimiento complementa el concepto de atención. Estos conceptos son complementarios e importantes en

el ejercicio de las tareas de cuidados y atención. Para todo ser humano es importante sentir que los demás nos vean, y esto es especialmente importante cuando uno se encuentra en una situación psicológicamente estresante. Si uno se siente ignorado o no obtiene la respuesta necesaria, la baja autoestima y ciertas fallas en la capacidad de dominar algunas situaciones se pueden reforzar. La investigación muestra que uno precisa exactamente lo opuesto.

“El reconocimiento genuino crea autonomía y la capacidad de marcar los propios límites – el falso reconocimiento crea dependencia y límites vagos y ambiguos” (Haugsgjerd, Svein et al. 1998). Por tanto, es de gran importancia que el reconocimiento que le damos al otro sea honesto y real. El tener una actitud de reconocimiento significa que uno escucha al otro y que le confirme que la experiencia emocional es fundamental. Para conseguirlo hay que respetar la individualidad del otro, aceptar las diferencias y sobre todo ser sincero (Røkenes y Hansen 2002).

“No es lo que dices sino tu manera de decirlo” es un ejemplo de lo que se puede percibir cuando ha habido una falla en la comunicación en cierto nivel. Watzlawick (1967) considera que la comunicación entre las personas se realiza en dos niveles. En el primer nivel están las palabras, el lenguaje y la información, en el otro las condiciones relacionales y cómo los participantes definen su relación entre sí.

Nuestro vocabulario debe de ser comprensible, y una terminología profesional puede crear distancia entre los iniciados y los no iniciados. El supuesto propósito de esta terminología es definir los fenómenos con mayor precisión. Un ejemplo es el desarrollo del sistema de diagnósticos psiquiátricos. Los antiguos griegos tenían tres términos para describir los trastornos mentales: la manía, la melancolía y el delirio. En 1917 habían 59 diagnósticos utilizados en la psiquiatría, y en el CIE-10 actual hay 347 diagnósticos psiquiátricos. La investigación médica ha avanzado, y al comunicarse sobre asuntos médicos con el paciente puede ser difícil no hacer uso de la terminología, lo que puede hacer poco entendible la información para el paciente. Ahora, también puede haber una agenda oculta – el hablar de manera que el paciente no entienda ...

Al parecer, médicos y expertos han creado una cultura negativa en este campo. Hoy en día se sigue utilizando un lenguaje de códigos internos aunque la actitud paternalista ya no sea tan dominante como antes. En muchos países las autoridades han trabajado para hacer la

información pública más accesible y más fácil de comprender para los usuarios, y de a poco las diferentes disciplinas profesionales parecen seguir este ejemplo. Para los iniciados la terminología técnica ha llegado a formar una parte tan natural de su lenguaje que no se dan cuenta de que la están utilizando. En cuanto al desarrollo de una profesión, uno de sus criterios básicos es el hecho de que disponga de una terminología propia. Es probable que los profesionales en el área de la salud mental también tengan que pasar por un significativo “desaprendizaje” para emplear un lenguaje que sea comprensible para los usuarios.

11.1 La comunicación no verbal

Podemos capturar la comunicación no verbal sobre todo a través de la la visión. Esta forma de comunicación incluye el comunicarse a través del envío y la recepción de mensajes sin palabras que se transmiten a través de la expresión facial, el contacto visual, los gestos, las posturas y el lenguaje corporal. De hecho la comunicación verbal también incluye elementos no verbales que consisten en la calidad de voz, la entonación, el estrés, la emoción y el estilo del discurso. Por lo general nos referimos al lenguaje corporal al hablar de la comunicación no verbal. El paralenguaje, que es como una especie de compañero siempre presente, tiene que ver con el énfasis, los tonos, el ritmo y las pausas. El lenguaje no verbal se utiliza tanto consciente como inconscientemente.

Puede ser cuando no tenemos el coraje de decir lo que realmente pensamos o para hacer resaltar algo; por ejemplo sonreír o tocar a una persona con el fin de hacer hincapié en un mensaje. Esto se hace evidente cuando el lenguaje se utiliza para definir las condiciones sociales como el estatus. Es importante señalar que el mensaje también puede tener un doble sentido. La relación entre el lenguaje verbal y el lenguaje no verbal puede ser despareja. El entender el lenguaje no verbal puede resultar desafiante, y resulta aconsejable que se compruebe si la interpretación está en consonancia con la intención del emisor. Para mejorar las habilidades de comunicación hay que estar motivados para cambiar las actuales formas de comunicarse y estar abiertos a aprender a desarrollar e incorporar nuevas capacidades para que el resultado final sea el aumento de la autoconfianza y el fortalecimiento de las relaciones que mejoran la vida profesional y personal.

11.1.1 Las muchas funciones del lenguaje

Según Håkonsen (1998) el lenguaje tiene varias funciones. La función simbólica representa nuestra percepción de la realidad y la comprensión. A través del lenguaje podemos avanzar

en el tiempo y el espacio, y el lenguaje nos permite conectar diferentes situaciones entre sí. Hognestad (1997) afirma que “un símbolo se compone de imágenes que hablan de una realidad invisible. En el contexto psicológico los procesos internos forman esta realidad invisible”. La ropa es un ejemplo del efecto simbólico de la comunicación no verbal. Una bata médica tiene los botones en el frente, la de la enfermera atrás.

En cuanto a Roberto y otros que padecen una psicosis, la función simbólica del lenguaje se torna difícil. Cuando la percepción de la realidad se distorsiona, Roberto y otros pacientes como él no siempre son capaces de transmitir su propia realidad, lo que es un desafío adicional para sus alrededores. En los estados de confusión se puede ver que el lenguaje puede parecer inconexo y a veces tan distorsionado que es incomprendible aún para el hablante. Una forma de llegar al individuo es a través de las imágenes. En la terapia de la imagen (que involucra el arte) se puede a través de diferentes imágenes llegar a un entendimiento del propio participante. La situación debe estar planificada y con el tiempo se puede ir trabajando hacia una comprensión del lenguaje del participante que a la vez pueda ser accesible para los demás. La terapia de la imagen es un método de crecimiento, pero es un largo camino antes de que pueda ser un complemento al alcance de todos. En esta terapia, como en la psicoterapia, a menudo se trabaja con metáforas y símbolos para entender y resolver las tensiones y los conflictos internos. Hay un significativo número de otras terapias que pueden ser utilizadas cuyas características básicas resultan bastante similares, por ejemplo la terapia musical, el psicodrama, la terapia de baile, etc. Las contribuciones de la música pueden ser una forma de distracción, de disfrute o de interacción, por ejemplo.

Para que el profesional pueda entender al paciente, debe trabajar sistemáticamente, intentando comprender sus síntomas y luego realizar un diagnóstico. En el caso de que el paciente sufra una depresión psicótica (donde se siente invadido por sentimientos e imágenes horribles) o agresión (el paciente se puede sentir fuertemente amenazado y quiere defenderse, tomando la iniciativa para eliminar el dolor), un diagnóstico puede brindarnos una comprensión más amplia. En el trato con pacientes psicóticos tenemos que lidiar con delirios y alucinaciones que se pueden desarrollar tanto de forma dependiente como independiente del contexto. Lo más difícil es entender el mundo interno del paciente si no se puede entrar en un diálogo con él, y para llegar al diálogo precisamos de un lenguaje común. En casos donde no se pueda recurrir a éste, el canal entre el ayudante y el paciente ha sido temporalmente cerrado, o está en suspenso. En semejantes situaciones lo importante es crear la mayor seguridad externa

posible y reducir los impulsos para que el paciente pueda reunir las fuerzas necesarias a fin de crear una seguridad interior que pueda brindarnos el acceso a un entendimiento común.

La función de la señal es cuando el lenguaje refleja un estado de experiencia, tanto en lo que se dice como en lo que se expresa no verbalmente (Håkonsen 1998). Dentro de las áreas de la psiquiatría y la psicología encontramos aquí algunos conceptos clave y fenómenos donde son fundamentales la comunicación y el lenguaje.

En primer lugar debemos tener clara la diferencia entre la comunicación análoga y la comunicación digital. En la comunicación análoga hay una correspondencia entre lo que se dice y lo que se hace dentro de un contexto. En una relación siempre se utiliza este tipo de comunicación. La comunicación digital implica un intercambio de opiniones. Estas formas de comunicación pueden darse en forma paralela.

Dentro de una perspectiva relacional está el término de doble vínculo (double-bind). Significa que falta correspondencia o coherencia entre lo que se expresa verbalmente y no verbalmente. Esto hace que la comunicación sea ambigua y puede crear confusiones y conflictos. No es fácil saber en cuál de los mensajes creer o a cuál responder. En la comprensión de los trastornos mentales en la década de los 50 y 60 esto se consideraba importante, particularmente en cuanto a la comprensión de la esquizofrenia. Se culpaba a la madre (la persona cuidadora) por los trastornos de sus hijos. Estas teorías se han atenuado algo, pero no hay duda de que el doble vínculo en la comunicación crea una serie de problemas.

Una problemática que resulta pertinente mencionar es cuando un paciente, sea en un tratamiento en su propio ambiente, en el trabajo en grupo o en el encuentro entre él y el terapeuta expresa: “Esto sólo lo puedo hablar contigo”. Probablemente todos podemos sentirnos un poco halagados por tal declaración, pero a la vez debe sonar una campana de alarma interna. Frente a este tipo de declaraciones por parte del paciente los ayudantes más nuevos son especialmente vulnerables, y puede ser de ayuda saber que muchas veces el paciente les dice lo mismo a varios representantes del personal – sólo que no a la vez. A veces puede ser un intento de crear una alianza por parte del paciente y no más que eso, pero también puede, consciente o inconscientemente, crear divisiones en el personal: los “buenos” y los “malos”. Se pueden general conflictos entre los colegas: “¿Tal vez haya algo de verdad en lo que dice el paciente? Si yo le entiendo ... y tampoco estoy de acuerdo con mi colega”. Los posibles

desacuerdos entre el personal deben hablarse abiertamente para que puedan ser fructíferos. En un contexto donde el punto de partida es una división del personal entre los “buenos” y los “malos”, el entorno terapéutico se puede contaminar ya sea desde dentro o fuera de la institución. Aquí estamos tocando los problemas de transmisión que pueden formar parte del sufrimiento del paciente y al cual el personal se encuentra expuesto. Estas divisiones del personal o transferencias/contratransferencias por parte de los pacientes pueden ser procesos muy exigentes en el tratamiento.

Puede también ocurrir que en un tratamiento el paciente intente exigirle un voto de silencio a un profesional nuevo: “Esto te lo digo sólo a ti y tienes que prometerme que no se lo dirás a nadie”. El mensaje subyacente del paciente es que los otros profesionales no pueden – o quieren – entender. Tal situación requiere claridad por parte del profesional, que debe hacerle entender al paciente que él forma parte de un equipo de trabajo y por lo tanto no puede recibir estos secretos. La solución está en intentar que la historia llegue a un terapeuta individual, y será mejor motivar al paciente para que hable del tema en terapia. Un ofrecimiento de una conversación entre tres es otra posibilidad, que los colegas de Ana experimentaron en sus prácticas.

Håkonsen (1998) señala una última área de la función del lenguaje, y es la función expresiva. Pequeños sonidos, tales como “ay” y “uff”, pueden tener diferentes funciones. El significado de estas palabras cortas puede ser determinado por el contexto y ser parte de la comunicación interhumana subyacente. Un paciente con un grave trastorno psíquico puede darles su propio contenido a sus sonidos; algunos inclusive llegan a componer su propio lenguaje, aunque no sucede muy seguido. Para que haya una comprensión recíproca se requiere el desarrollo de una comprensión común del contenido del lenguaje y un entendimiento también de las pequeñas palabras.

Esto nos lleva a la función central del lenguaje, el envío del significado entre el emisor y el receptor.

Hay una interpretación, una transformación desde el emisor al receptor, y viceversa. En este proceso social el lenguaje es esencial. Por consiguiente, es importante conocer los símbolos, señales y expresiones de modo que se pueda acceder al mismo significado aproximadamente.

11.1.2 Entonación

La profesionalidad en el área de la salud implica crear un contacto que puede ayudar a transformar el conocimiento de los profesionales y así alcanzar los objetivos con el paciente en términos de cambios en la salud. Según Eide y Eide (2000), la profesionalidad en la comunicación en salud se caracteriza por cuatro puntos principales: el conocimiento / la habilidad, la ética, la empatía y la orientación hacia la meta. En contextos diferentes hemos descrito cómo la relación entre el necesitado y el ayudante se puede desarrollar. La mayoría de los que quieren trabajar con seres humanos, lo hacen basados en un deseo de ayudar. Røkenes

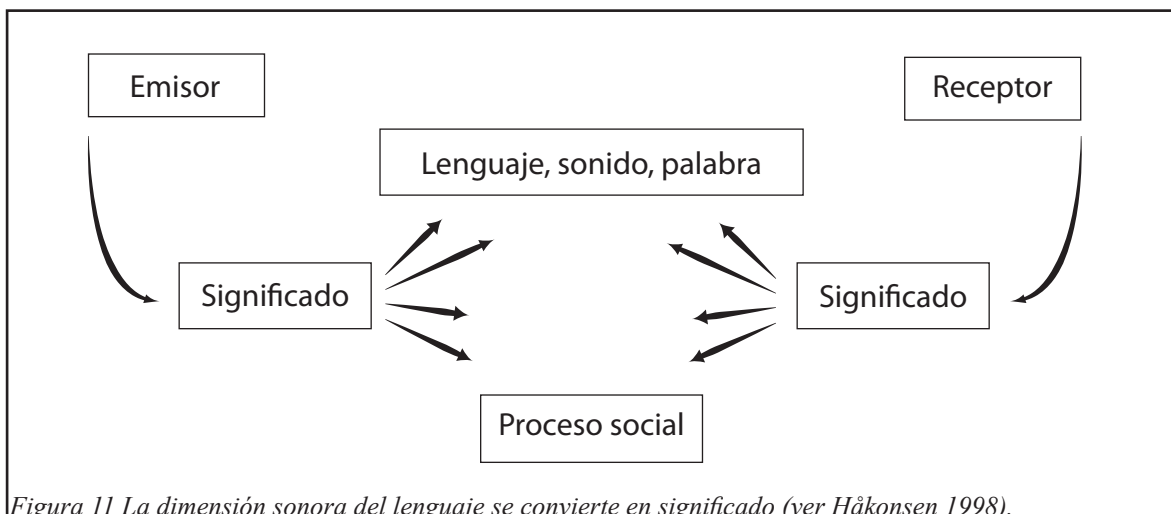


Figura 11 La dimensión sonora del lenguaje se convierte en significado (ver Håkonsen 1998).

(2002) señala que si el rol del profesional se orienta demasiado hacia la acción y se rige demasiado por las reglas, la relación con el paciente puede llegar a ser objetivada, menos adecuada para un buen relacionamiento y finalmente, dar lugar al sentimiento de mal trato o al maltrato mismo, y en el peor de los casos, dar lugar a sentir que se es víctima de ultrajes. Para aquél que tiene una baja autoestima ésta puede ser reforzada, y es de gran importancia que se dedique tiempo a sentar las bases para un buen clima de cooperación. También es importante recordar que el profesional tiene un poder de definición, mientras que el paciente tiene el poder sobre su propia salud. Ir al encuentro del otro con empatía no significa que uno debe sentir lo mismo que él, sino que el profesional en la medida de lo posible trate de comprender los sentimientos del otro desde su perspectiva. El reconocimiento es un término muy fructífero, y dirige nuestra atención hacia cómo la relación se estanca o sigue evolucionando (Bae y Waastad 1992).

El reconocimiento está relacionado con otros conceptos, como la empatía, el aprecio y la es-

cucha, que son ampliamente utilizados para iluminar y crear relaciones y ponen de relieve el grado de dependencia entre las dos partes en un diálogo. A pesar de sus diferentes funciones, las dos partes comparten la necesidad de crear un entendimiento común y encontrar una ruta navegable también común. En este contexto el ayudante tiene muchos roles que interpretar. Peplau (1952) describe un total de seis roles o papeles diferentes que uno tiene al mismo tiempo: el desconocido, la persona de recursos, el profesor, el orientador, el sustituto y el líder. Se entiende que es fácil mezclar estos roles, pero si nos atrevemos a dar un consejo en este contexto, debe ser el de permitir que el paciente tenga la iniciativa siempre que le sea posible. Schibbye (2009) hace hincapié en que el paciente debe sentir que los terapeutas están de su lado y no abusan de su confianza. También señala que no importa que una información parezca poco sensible, hay que tomársela en serio. Su experiencia es que cuando más en serio se toma el secreto profesional, mayor es la confianza que se crea en la alianza y así se forma una base para seguir construyendo la relación con el paciente.

11.1.3 La igualdad y las posiciones desiguales

Para tener cierto bienestar mental es necesario que uno esté en equilibrio y que la relación con los demás se base en el respeto y la atención. La igualdad está estrechamente relacionada con la dignidad humana, y en una sociedad humana como la que decimos tener, no se debería justificar que dicha dignidad esté vinculada al rendimiento, los logros, los roles y las tareas – ya sea en el sistema educativo, en el área de la salud o en la sociedad en general. Surge tal confusión si afirmamos que difícilmente pueda haber igualdad entre el ayudante y el receptor. Ahora, si miramos el significado del concepto de igualdad, lo importante es que el valor humano sea igual, no que las personas sean iguales. Cuando se encuentra una situación en la que una de las partes en una relación recibe ayuda de la otra, la relación se puede definir como asimétrica, pero esto está relacionado con las funciones y tareas. Es precisamente aquí donde es necesario no perder el hilo. La igualdad entre las personas es independiente de su condición social y de sus antecedentes. Se trata de mostrarse respeto el uno al otro y que este respeto incluya una aceptación de las normas y valores del otro. En este sentido es simétrica la relación entre el ayudante y la persona que recibe su ayuda.

‘Una acción clave para estar en posición de igualdad es la de escuchar al otro. Al escuchar con apertura puede que como terapeutas cambiemos. En la apertura y la cercanía nos movemos. Al escuchar cabe la posibilidad que nos acerquemos al otro. Entonces también nos acercamos a nuestros propios sentimientos, lo que desafía nuestra necesidad de establecer límites.

También podemos llegar a escuchar algo que no quisiéramos saber (Schibbye 2002). Para entrar en una función terapéutica se requiere que tengamos tanto conocimientos profesionales como cualidades humanas que continuamente debemos trabajar para seguir desarrollando. El escuchar es un área que necesita de un largo entrenamiento para ser dominada y es una acción que requiere tanto los recursos profesionales como los recursos humanos que uno posee.

Para darle la oportunidad al otro de ponerse en una posición de simetría, es importante que el ayudante tome la iniciativa en la fase de establecimiento del contacto. Se debe crear un espacio donde la voz del otro pueda llegar. En esta situación el profesional está en representación de sí mismo y a la vez de la institución / el municipio, lo que de por sí influye en la relación emisor– receptor. Uno pregunta, el otro responde. El utilizar conscientemente el reconocimiento del otro y de su mensaje puede afectar la relación en términos de reducción de la distancia.

El caerse bien el uno al otro es una oportunidad de ponerse en posición de establecer una relación de confianza, y la confianza es un requisito para una buena relación. El filósofo Martin Buber (1992) habla de entrar en lo inmediato. Buber destaca la importancia de estar en una relación de Yo–Tú; no una relación de Yo–Ello donde al otro se le reduce a un objeto. El desafío es conseguir que lo oculto se convierta en lo conocido para el otro. Esto no es algo que se dé sin más; hay que trabajar para llegar a ello. Hay que movilizar la voluntad de uno para querer dar de sí mismo – para mejor o peor – con el fin de encontrar al otro con una invitación a la apertura y, sobre todo, escuchar lo que tenga para decir.

Hay varias “herramientas” que pueden mejorar el conocimiento y la flexibilidad del ayudante y su cuidado hacia el paciente. La empatía, como un fundamento para proporcionar el mejor cuidado individual posible, se puede explicar como el entrar en la torre del otro y ver la vista desde allí; a continuación volver a la propia torre y llevar a cabo la atención y las acciones relevantes. La empatía se puede traducir como la compasión y es a menudo afectada negativamente por el estrés. Para que el encuentro de los profesionales del área de la salud y los pacientes funcione bien, es importante contar con un entorno de trabajo que también tenga un positivo funcionamiento. Hay estudios que demuestran que es más difícil sentir empatía con los pacientes que han cometido un delito que con los que han sido expuestos a algo difícil. Nuestra capacidad de empatía también se ve afectada positivamente cuando hemos tenido experiencias similares a las del paciente en nuestras propias vidas (Dored 2011).

Se puede escuchar a los allegados después de haber tenido una conversación con alguien que ha estado en contacto con los servicios de salud: “¡Por lo menos le gustó el terapeuta!” En esto puede haber una esperanza para una futura reciprocidad, lo que se supone que está visto como un requisito para una buena relación.

Un factor importante que puede impedir que se consiga una posición de igualdad es el poder. En este contexto no se trata del poder físico, sino el verse impotente – el haber perdido la autonomía. Una relación entre Roberto y Ana puede terminar en una situación de impotencia para los dos. Roberto no quiere tener ninguna relación con alguien que representa a un sistema dentro del cual se encuentra en contra de su propia voluntad; Ana porque se siente incapaz de ir al encuentro con Roberto de una forma que lo invite a una relación de equilibrio y reciprocidad. Para ambos la impotencia se puede reforzar dado que la hospitalización ha sido forzada. Hay que tratar de separar la persona del sistema. Puede que no sea una tarea para el novato el establecer el primer contacto en una situación de internación difícil – pero es probable que esta problemática aparezca continuamente si el paciente siente que es descorazonador que haya sido internado en contra de su voluntad. También hay quienes perciben dicha internación como segura, pero en la mayoría de los casos el paciente que está privado de su libertad no logrará separar entre el sistema, la ley y el profesional. Todo y todos se pueden ver como representantes del poder que le priva de tomar decisiones independientes, y así es imposible entrar en una situación de simetría. Sin embargo, y precisamente por eso, es importante recordar que el concepto de igualdad es legítimo en cuanto al valor, pero en estos casos hay una desigualdad de poder muy clara.

11.1.4 El empleo de las diferentes técnicas comunicativas

En la relación inicial con el paciente se pueden utilizar varias técnicas. Una es basarse en la situación actual del paciente al establecer la relación con él. “¿Ah, estás aquí esperando ...?”

Hummelvoll (2004) presenta algunas sugerencias de cómo se puede conseguir un contacto verbal. Estos métodos se pueden probar y el profesional puede luego apoderarse de ellos y mediante la práctica sistemática se convertirán en una parte natural del establecimiento de una relación de contacto. Las recomendaciones de Hummelvoll son las siguientes:

Repetir los comentarios, preguntas o deseos del paciente.

1 “Dices que te quieres ir ...” Aquí hay que tener cuidado de no ser repetitivo de más pero uno puede lograr mucho bajando el tono de voz.

2 *Hacer una pregunta similar para aclarar lo que el paciente quiere decir.*

“¿Estarías más feliz si no estuvieras aquí?”

3 *Hacer preguntas en relación a lo que presenta el paciente para que se dé la oportunidad de ver la situación desde una perspectiva más amplia.*

“¿Cómo crees que te relacionarías con tu familia si no estuvieras aquí?”

4 *Crear una pregunta abierta que el paciente pueda terminar:*

“Al no estar aquí, ¿te gustaría ...?” Ahí se le da el espacio al paciente para aclarar aún más, tanto para sí mismo como para el profesional.

5 *Reflejar los supuestos sentimientos del paciente.*

“A mí me parece que estás triste. ¿Es cierto?”

Hummelvoll (2004) continúa luego con algunos consejos de comunicación que pueden resultar útiles: Darle una amplia apertura al paciente, animarle a continuar, observar y nombrar lo que ve (verificar si coincide con la propia experiencia del paciente), no sólo darle lugar a lo racional sino dar un espacio para que afloren las emociones, centrar la conversación, tratando de tomar un tema a la vez. En el caso de que se pierda el hilo de la conversación siempre se puede dar marcha atrás y empezar de nuevo. Hay que evitar que se pongan palabras en la boca del paciente; limitar las preguntas que se pueden responder con un simple “sí” o “no”, establecer comparaciones y pedir al paciente que describa una experiencia previa similar y cómo se resolvió. Después de una conversación con un paciente resulta más claro si se hace un resumen – lo puede hacer el profesional o el paciente.

11.2 La comunicación en la comprensión cultural

En la comprensión cultural hay varios componentes que juegan un importante rol. ¿Cuál es la comunicación no verbal y en qué contexto se encuentra? Sugerimos volver a la parte I del libro y repasar nuevamente los conceptos relacionados con la sensibilidad cultural, que se visualizan en el modelo de filtro cultural de Dahlom (ver abajo). En la comunicación con personas con diferentes orígenes culturales debemos ser conscientes tanto de nuestro propio filtro cultural como del filtro ajeno. Enviamos nuestros mensajes desde nuestro propio punto de vista por medios de signos verbales y no verbales a pesar de encontrarnos dentro del mismo contexto. La comprensión del receptor estará siempre influenciada por su origen cultural.

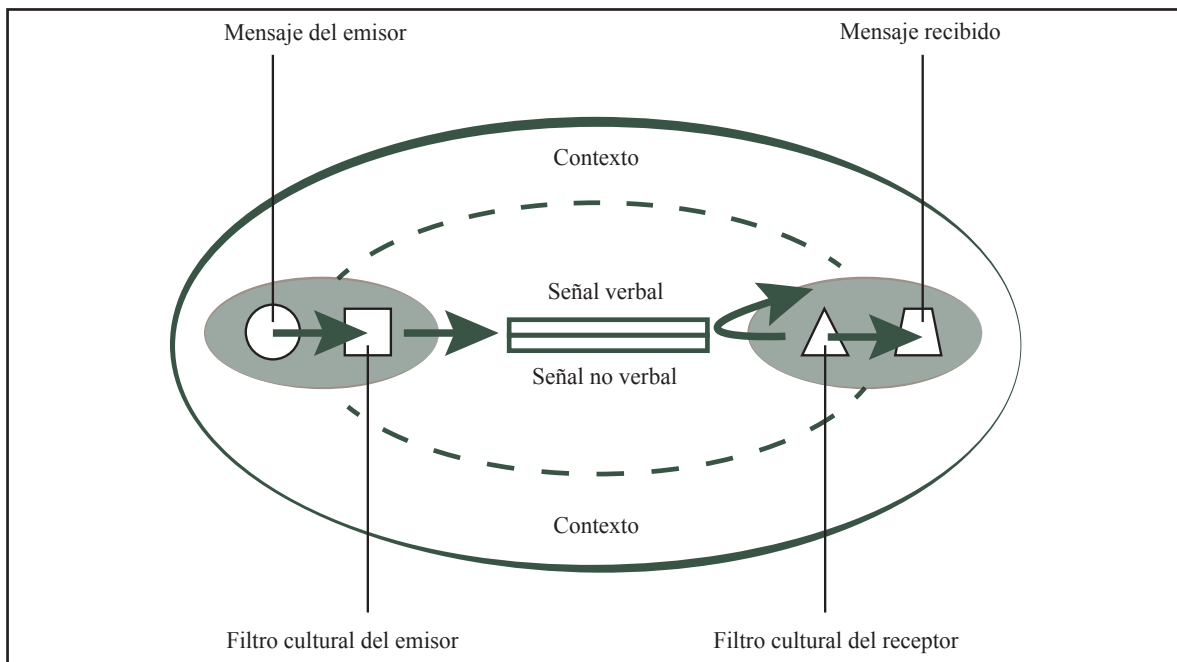


Figura 12 (basada en Dahl 1998).

Al emisor es fácil atribuirle opiniones que no estaban dentro del mensaje. Por lo tanto, también debemos hacernos la siguiente pregunta: si me entero de que un hombre es judío, ¿qué es lo que sé sobre él? Probablemente muy poco. Tan poco como cuando nos enteramos de que alguien pertenece a una cultura o una religión diferente. Nadie es su cultura, uno tiene sus orígenes culturales y religiosos. Puede que sea necesario familiarizarse con las expresiones culturales que están arraigadas en la cultura del emisor para entender mejor su mensaje.

Dentro de las diferentes culturas, el mundo de los símbolos puede variar mucho. No hace falta decir que al tratar de comprender la realidad ajena a través de una complejidad constituida por símbolos familiares y no familiares, metáforas o distorsiones psicóticas del lenguaje, hay que dedicar tiempo e imaginación para lograr obtener un entendimiento común. Un paciente puede parecer querer entrar en contacto, pero no soporta el acercamiento que representa ese contacto. Las respuestas pueden ser irrelevantes, mecánicas, o puede parecer como si el paciente le está hablando a una persona que no está presente, sin dirigirse a su verdadero interlocutor. A veces vemos una llanura emocional donde el paciente se protege contra las sensaciones. Exteriormente el paciente puede mostrar poca expresividad. Esta imagen tan compleja y diversa, casi incontrolable, es tan asustadora que en el momento ni siquiera es entendida por el propio paciente.

11.3 Dominio

Cuando la vida se torna difícil a algunas personas se les despierta la creatividad. Implica una capacidad o una oportunidad de seguir adelante. La mayoría de nosotros estaría de acuerdo en que el dominio es esencial para todo lo que vive. Pero para que el término “dominio” tenga un contenido, se debe relacionar a algún desafío. En el contexto de la salud y en los contextos sociales el desafío se conoce como estrés, estresor o factor de estrés. En relación a la salud mental se trata de un estrés mental. Hay diferentes maneras de enfrentar el estrés con el fin de experimentar el dominio. Algunos tratarán de eliminar la fuente de estrés y podrán tener un enfoque de estrategias de dominio para sortear un problema. En este caso se utiliza el término de enfoque de dominio regulador de emociones. Lazarus y Folkman (1984) han definido el dominio del estrés como “los esfuerzos de pensamiento y de comportamiento que se adaptan constantemente y son utilizados por el individuo para lidiar con demandas externas y/o internas específicas que se perciben como exigentes o que exceden sus recursos” (Lazarus y Folkman 1984).

Se puede decir que estos esfuerzos de pensamiento y de conducta resultan en diferentes mecanismos de manejo o dominio de situaciones, agrupándose por ejemplo en mecanismos intrapsíquicos, mecanismos interpersonales y mecanismos orientados a la actividad. El mecanismo intrapsíquico incluye procesos (cognitivos) de soluciones conscientes e inconscientes. El mecanismo interpersonal incluye estrategias de solución que hacen uso de otras personas, y el mecanismo orientado a la actividad se trata de las acciones iniciadas por la persona (Weisæth 2000).

Si miramos la situación de Petra, hay varios aspectos dignos de considerar. Uno es hacia Petra misma. Otro es cómo Ana maneja su rol en la relación con ella. Un tercero serían los mecanismos de dominio de los allegados / la red social de Petra. Según Antonovsky (1979) el hombre depende por naturaleza de encontrar algún sentido en las diferentes situaciones. La enfermera Joyce Travelbee (1971) señala que puede ser significativo encontrar un sentido en las experiencias que implican sufrimiento. Esto es particularmente importante en situaciones inseguras y caracterizadas por la ansiedad. Si es difícil encontrar el sentido en la situación, muchos lo buscarán dentro de sí mismos. Todos hemos oído frases como “esto me lo merezco por haberme creído tan superado” o cosas similares. La situación se inclina hacia una afirmación de culpa, y asumiendo ésta el individuo interpreta la situación como un castigo. Otra opción podría ser darle algún significado atribuyéndoles la culpa a los demás. En los trastornos mentales a menudo se habla de culpa irracional. La experiencia de Petra era que no lograba cuidar su casa ni su hogar, sus hijos o su trabajo, luego saca la conclusión de que simplemente no sirve para vivir. Por su incapacidad a sus propios ojos ella resulta culpable de las dificultades. Un mecanismo intrapsíquico puede ser el hacerse inexpugnable apartándose del mundo y así desprenderse de las exigencias (el desplazamiento y la negación ,véase la sección 7.3.4).

Un mecanismo orientado a la actividad puede ser el de cometer suicidio. A Petra también le liberaría de las exigencias. Según Eva Axelsen (2003), el tener problemas de salud mental es “como estar de espaldas contra la pared”. El afligido puede sentir que no puede hacer nada con la situación, pero sí consigo mismo. Desde esta perspectiva es natural centrarse en lo que hace el paciente, es decir, el tipo de mecanismos de defensa que desarrolla, y no tanto en lo que no hace. Si se trata o no de una expresión del trastorno psíquico, dependerá si la capacidad de manejo o dominio es positivo o no para el individuo en cuestión. En lo que a la depresión concierne, fácilmente nos basamos en el conocimiento general y la experticia, pensando que el deprimido no domina o siente no dominar desafíos importantes. En la descripción de los síntomas en el sistema diagnóstico CIE-10 por lo menos 6 de 24 síntomas se pueden relacionar con el sentimiento de falta de dominio experimentado por los pacientes. El optar por mirar a los síntomas del trastorno mental, por ejemplo la depresión, como una expresión de mal/inadecuado dominio le puede proporcionar un enfoque diferente al profesional. Así será importante ayudar al paciente en sus esfuerzos por encontrar otros y mejores mecanismos de manejo/dominio.

Volvamos al caso de Ana. ¿A qué desafíos, estresores o factores de estrés está expuesta? Reparemos en el momento donde está por entrar a ver a un paciente que no conoce y donde supuestamente debe obtener algún tipo de resultado. Es principiante, es decir, ocupa “el puesto más bajo de la escala”. Siente tener poco conocimiento, no sólo sobre el trastorno de Petra sino también sobre cómo el personal suele actuar. Está en una situación de aprendizaje en el que sus acciones serán evaluadas. Al parecer, también puede que tenga miedo de que la vean como cobarde. Parte de su mecanismo de dominio intrapsíquico es generalizar la depresión mediante la comparación con su propia experiencia en relación a la ruptura con el novio. Otra parte es reactivar lo que ha escuchado decir sobre la depresión. A través de la invitación a un diálogo, Ana intenta obtener un manejo interpersonal de la situación. Tal vez porque haya oído decir que “en un hospital psiquiátrico lo más importante es hablar con el paciente”. Rechaza otra estrategia de afrontamiento, la de buscar ayuda de alguien con más experiencia, porque los estresores – la evaluación y la opinión de los demás – le resultan demasiado amenazantes. Ana resuelve la situación a través de una estrategia de dominio dirigido hacia las actividades: “Al menos puedo preparar una bandeja de desayuno”.

Ana encontró una manera de dominar la situación. Luego se puede discutir si los mecanismos de dominio fueron positivos o no. Profesionalmente tal vez no hayan sido muy adecuados, y Ana probablemente se dio cuenta de ello. Tiene un agujero en el estómago y se siente disminuida (véase la sección 7.3.4 sobre la energía psíquica asociada con el uso de mecanismos de defensa). Optó por soluciones que no le dan mucho fundamento para seguir construyendo una relación con Petra. Para cumplir con su función de contacto (terapeuta), debe volver y de alguna manera dominar el encuentro con el silencio de su paciente. Eso significa que necesita desarrollar un adecuado mecanismo de dominio interpersonal, y puede que tenga que trabajar con su propio dominio intrapsíquico para poder hacerlo. Tiene que esforzarse racionalmente para allanar los obstáculos generados por su miedo de ser percibida como cobarde o de ser evaluada. Tal vez tenga que encontrar los mecanismos de dominio intrapsíquicos adecuados antes de poder mover el foco de sí misma hacia Petra.

El tercer aspecto anteriormente mencionado es el dominio de los allegados y de la red social de Petra. Nuestra historia cuenta poco acerca de ellos, pero sabemos que se enfrentan a una hija, madre y amiga que se ha retirado a un mundo dominado por la tristeza, y que tal vez haya deseado morir. Se puede asumir que al menos los más cercanos sienten algo de dolor, rabia, desesperación, impotencia, traición, culpa y vergüenza. No conocemos sus posibles

mecanismos de dominio, pero debemos asumir que si Ana va a tener la función de terapeuta (contacto) de Petra, también tiene que relacionarse con sus allegados. En la relación con Petra Ana tendrá que lidiar con los mecanismos de dominio intrapsíquicos e interpersonales orientados hacia la actividad, y en lo interpersonal es natural también incluir a los allegados.

11.4 Redes sociales

El término de red tiene muchos significados diferentes en el lenguaje cotidiano. Se habla de “red social” en referencia a las personas, relaciones, recursos que nos rodean y con los cuales establecemos diferentes tipos de interacciones. En el contexto académico se habla de trabajo en redes y de intervenciones y fortalecimiento de redes, a menudo sin que tengamos una idea clara de lo que significa.

El primero en utilizar el concepto de redes conectadas a la vida humana fue el antropólogo J. A. Barnes, que a principios de la década de los 50 llevó a cabo un estudio de campo en el pueblo de Bremnes en el norte de Noruega. Las redes de pesca colgadas para ser secadas fueron para Barnes una imagen de cómo se ligan el contacto y la interacción humanos (Fyrand 1994). Los nudos simbolizaban los diferentes actores, y los enlaces la interacción y las relaciones entre ellos.

Las redes sociales se pueden definir de forma ligeramente diferente, dependiendo de la perspectiva. El sociólogo tal vez buscaría una definición más limitada y precisa que pueda ser útil en la investigación de las ciencias sociales. En las profesiones de la salud puede ser apropiada una definición algo menos restrictiva. Por ejemplo, dice el sociólogo Schiefloe que la red social debe limitarse a aquellos actores con relaciones relativamente duraderas, mientras que el psicólogo Finset define la red social como “compuesta de las relaciones informales entre personas que interactúan con más o menos regularidad” (Finset 1986). La definición se refiere a las relaciones e interacciones informales, pero sin exigir nada acerca de la duración o la frecuencia de las mismas. En el caso de Roberto, que se encuentra casi completamente retraído, se excluirían recursos clave en un posible trabajo de red si sólo se incluyera a aquellos con quienes él tiene un contacto frecuente y prolongado.

Una red social es dinámica, y cambia con el tiempo. Las relaciones de algunas personas duran años y son relativamente estables; otras se desvanecen de a poco, dando lugar a nuevas. Ahora, muchas veces las relaciones estables y duraderas también se transforman con

el tiempo. Como personas estamos en una constante evolución y cambio, y la forma en que nos relacionamos a menudo se caracterizará por el desarrollo personal y la etapa de la vida actual de cada uno. La red social de la juventud para muchos se caracteriza por relaciones de amistad, pero para las personas mayores en muchos casos son más importantes las relaciones familiares. En la etapa profesionalmente activa de la vida los compañeros de trabajo suelen ser una parte importante de la red. Por un tiempo la responsabilidad y el cuidado de los hijos también afectarán a la red social mediante el desarrollo de relaciones que tienen que ver con sus actividades.

Como hemos dicho antes, una red social está formada por relaciones informales entre las personas. Esto significa que el sistema profesional de asistencia normalmente no forma parte de la red social de una persona. Con la excepción de las relaciones familiares, en un principio las relaciones son voluntarias y elegidas por cada uno de sus integrantes, y muchos también consideran sus relaciones familiares como algo deseado. No obstante, hay también los que sienten que las relaciones con los padres, hijos o hermanos son una carga y quisieran verse liberados de ellas. Puede que el profesional del área social y de la salud corra el “riesgo” de conocer a más integrantes de este grupo de lo que es la media en la sociedad.

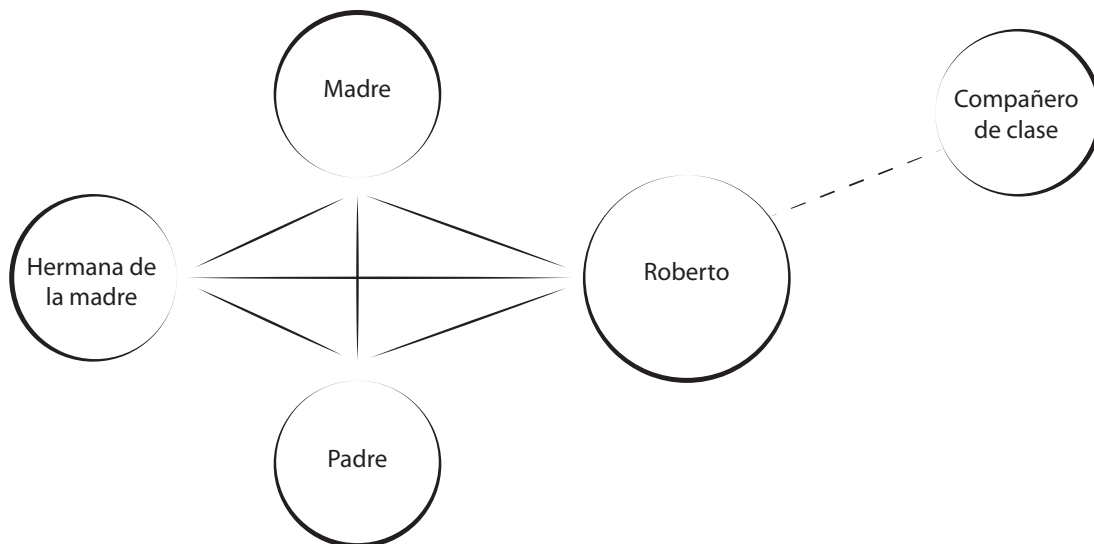


Figura 13 Mapa simple de la red social de Roberto.

Petra, a quien ya conocemos, siente insuficiencias en su rol de madre, hija y profesional. Tiene instaurada una idea casi en forma de norma de cómo se deben ejercer dichos roles, pero no es capaz de llevarlos a cabo, por lo menos no según su propia opinión. Esto puede afectar a su red social y el mantenimiento de ciertas relaciones. Si con el tiempo se retira y la interacción con sus hijos se ve afectada porque no se siente capaz de cumplir con su papel de madre, este hecho puede influir directamente en el carácter de la relación, y en el peor de los casos puede llegar a perder el contacto con los hijos, lo que se traduciría en que ya ni sus propios hijos formarían parte de su red social.

El concepto de la red social fue creado a través de asociaciones con redes de pesca. Se ha hecho común visualizar las redes sociales a través de sociogramas, mapas o diagramas de ellas. Aquí se muestra una visualización de la red social de Roberto basada en la información obtenida en el libro.

La figura muestra que Roberto, la madre, el padre y la hermana de la madre todos tienen contacto entre sí, mientras que sólo Roberto ha tenido una relación con el compañero de clase. La red de Roberto es un ejemplo de una red pequeña, compuesta por pocos actores. El tamaño de la red de una persona suele influir en el tipo de limitaciones que deban hacerse. Puede ser difícil establecer criterios claros para la extensión y la calidad de la interacción con los integrantes de una red. ¿Se debe incluir a las personas que uno apenas conoce, pero saluda al ver, o se debe exigir una interacción más extensa? En el caso de Roberto puede que su compañero de clase ya no pertenezca a la red. Se ha mudado, y ha pasado mucho tiempo sin que los dos hayan tenido contacto. A la vez puede que este contacto del pasado pueda llegar a ser un recurso importante en el futuro. Si el objetivo de un mapeo de la red es poder identificar a los posibles recursos, a veces puede ser conveniente pensar en forma más exhaustiva. En su teoría sobre el análisis de las redes el sociólogo Boissevain presenta diferentes zonas que dependen de la experiencia de intimidad y significado emocional de la persona en cuestión (Fyrand 1994). Una de estas zonas, la llamada zona nominal, se compone de personas relativamente periféricas, pero que pueden representar recursos latentes cuando sea necesario. Según Fyrand, es particularmente importante conocer estos recursos al trabajar con un cambio donde la red sea pequeña o pobre.

La densidad es otra medida que se utiliza sobre las redes sociales que dice algo acerca de la cantidad de personas que están en contacto entre sí. La densidad es máxima cuando todo el

mundo tiene contacto, como Roberto, la madre, el padre y la hermana de la madre en el caso anterior. La densidad es mínima cuando los diferentes actores de la red sólo tienen contacto con la persona principal de la red.

La red es como un organismo vivo, debe ser cultivada y protegida. Un hecho triste es que muchos de los que han estado en un tratamiento mental por algún tiempo (2–3 meses es suficiente) a menudo ven que su red se ha reducido en el tiempo que estuvieron fuera de su entorno local. Algunas personas ya no están; otras nuevas han aparecido y naturalmente no se los conoce. En la red pueden haber integrantes que se sienten inseguros de qué esperar de una persona que ha sido, y quizás todavía es, usuario de servicios de salud mental.

Este es el efecto de lo que anteriormente hemos presentado como estigmatización y/o exclusión. Algunos no logran volver a su anterior trabajo o estudio, lo que restringe la red aún más. Tal vez hayan habido conflictos desagradables, o uno teme de alguna manera haber quedado en ridículo. Cuando la persona en cuestión más necesita una red sostenedora y de apoyo es, lamentablemente, cuando en muchos casos hay que reconocer que ésta está a punto de desintegrarse. Hay que ser fuerte para soportar las cargas que conllevan el tener un trastorno mental. Nuevamente, es importante trabajar conjuntamente con la persona que está en el medio de la red, que a menudo necesitará ayuda para darse cuenta de la presencia de otros integrantes y volver a conectarse con ellos. Un buen comienzo puede ser el dibujar un mapa que incluya tanto a los actores privados como a los profesionales en su red. A veces es sorprendente ver que ésta es mayor de lo que se temía. En ciertos períodos puede ser necesario que los ayudantes entren en la red para facilitar la dinámica y la interacción.

En muchos contextos profesionales en este momento se habla de la terapia de red. Ya nos hemos referido a Seikkula (2000), que describe como desde el inicio del tratamiento de personas con un trastorno mental se convoca y se activa la red. La intención es, obviamente, evitar el aislamiento y ayudar a que el paciente no se vea excluido, mal entendido o percibido como “difícil” y prevenir que se retire de la interacción con personas significativas. Hay situaciones en las que han surgido crisis y conflictos en la red que el trastornado no es capaz de reparar solo. Convocar a la red para hablar de estas situaciones puede ser útil. El objetivo es que el trastornado vuelva a encontrar su lugar natural. La información ecuaníme y la transmisión de esperanza pueden ser factores centrales en una reunión de una red.

Hemos mencionado también que para muchos pacientes es necesario realizar un plan de cara al futuro. Resultaría positivo si un representante del centro de salud y/o de los servicios sociales pudiera desempeñar un papel importante en el desarrollo de una red y en la innovación de la misma (ver sección 9.4). Para algunos pacientes el personal de la salud y de los servicios sociales constituirá un elemento importante en la red. Además, las ofertas en el ámbito local para las personas con trastornos mentales serán importantes, sean profesionales o voluntarias. Como ayudantes debemos recordar que lo que visto desde fuera es una red pequeña para la persona a ser ayudada no siempre parece que lo fuera. Es mejor una red pequeña, densa y estable que una grande que no implica mayores compromisos para los involucrados. Se exigen energía y esfuerzo para mantener una red mayor, y hay que tener en cuenta también que la red de muchos usuarios puede estar caracterizada tanto por frecuentes rupturas relacionales como por conflictos. Es importante pensar en cómo esto puede ser entendido y posiblemente procesado junto al usuario.

11.5 Ambiente y terapia

El término de la terapia ambiental se utiliza en varios contextos. En el siglo XIX hubo un debate público y una protesta contra lo que en los círculos académicos psiquiátricos se denominaba como un “tratamiento moral” (Kringlen 1990). La idea era que los pacientes fueran invitados y tratados en unidades pequeñas, lo que marcó un gran contraste con el uso contemporáneo de la fuerza y la detención. Según las fuentes, este tratamiento abierto fue exitoso, y se obtuvieron buenos resultados, aunque hay que tener en cuenta que las descripciones se pueden haber visto influenciadas por el entusiasmo de los que realizaron el trabajo dado que fueron los mismos que también lo describieron. Ahora, el tratamiento moral se acabó y surgieron nuevos entornos en los hospitales psiquiátricos. La regla ahora era que tanto el personal como los pacientes guardaran silencio cuando hablaba el médico a cargo, y la perseverancia se consideraba una virtud y una señal de salud. Pasaron muchos años antes de que nuevamente se comenzara a ver que en el tratamiento, el entorno en sí podría tener un efecto curativo – pero hasta entonces había habido un gran empeño en proteger el ambiente de los pacientes. Los deberes del personal estaban relacionados con la higiene personal, las comidas y el cuidar y supervisar a los pacientes para luego informar al médico. Hoy en día ya no se piensa más así.

En la década de los 50 y 60 surgió una visión contraria a la anterior a través de la “comunidad terapéutica”, donde el pionero fue el psiquiatra escocés Maxwell Jones. La idea básica era

que las dificultades relacionales del paciente ocurrirían también en el lugar donde estaba hospitalizado, con la diferencia de que en un entorno terapéutico se podían observar y discutir estas relaciones. Todo el trabajo, como la recepción de nuevos pacientes, la organización de reuniones, la distribución de tareas, la cocina y la limpieza, se llevaba a cabo en colaboración con el personal y los pacientes. Había varios grupos de actividades, tales como los grupos de títeres, donde todo se hacía en el grupo; terapia de baile; prácticas formativas para combatir la fobia a los transportes públicos; y otras varias actividades que todas tenían sus objetivos consagrados en términos de que fueran destinados a proporcionar a cada individuo una situación de práctica con oportunidad de crecimiento. Es factible que en una comunidad local se pueda facilitar tal organización.

A remolque de la comunidad terapéutica se han desarrollado diversas formas de tratamientos ambientales. Algunos son más aptos para ciertos grupos de usuarios; otros se basan en una perspectiva terapéutica, como la terapia cognitiva intercalada con teorías del aprendizaje social. La psicoterapia de grupo está fuertemente ligada con la tradición del psicodrama. Ahora, y éste es el punto, todas estas terapias están relacionadas entre sí en el sentido de que tienen un elemento en común con los principios e ideales de las raíces que enfocan en una relación.

Entonces, ¿qué podrían ser estos principios? Vamos a presentar los siguientes dos métodos ampliamente utilizados para el establecimiento de un ambiente terapéutico eficaz para las personas con trastornos mentales. El psiquiatra John G. Gunderson durante muchos años ha testado empíricamente el primer conjunto de elementos.

11.6 Los principios de la terapia ambiental según Gunderson

Gunderson (1978) se refiere a cinco variables activas en la construcción de un ambiente terapéutico:

1. Contención/protección
2. Apoyo
3. Estructura
4. Involucramiento
5. Validación

El primer elemento, contención/protección, trata de salvaguardar las necesidades de bienestar físico del paciente y de protegerle de acciones nocivas relacionadas a la falta de autocontrol. En otras palabras se trata de apoyar las facetas del paciente que son compatibles con la evolución positiva y de aplacar los aspectos de su conducta que pueden causar daño. En las acciones prácticas el primer elemento muchas veces estará vinculado a factores de un autocuidado básico: los alimentos, las bebidas, la higiene personal, el vestirse y la regulación de las actividades, el descanso y sociabilidad. Para poder llevar esto a cabo será preciso que el ambiente se componga de un personal que también sea capaz de establecer límites físicos cuando sea técnicamente correcto y necesario.

La desventaja de este elemento es que si se utiliza en demasía, pueden generar entornos que se caracterizan por un alto grado de control y que son poco flexibles y con escaso acceso a un plan de tratamiento individualizado para cada paciente. Justamente ésta es una paradoja terapéutica considerando que las personas con un trastorno esquizofrénico se beneficiarán enormemente de los ambientes que pueden también apoyar su creatividad e iniciativa propia. Si el entorno se caracteriza en gran medida por la contención/protección, podría contribuir a hacer que la patología se vuelva crónica dado que el personal asume una responsabilidad global y “sabe lo que es mejor”. Por más que los buenos terapeutas ambientales quieran ayudar a sus pacientes para que no tengan experiencias desafortunadas – a veces es mejor aprender de las experiencias de uno. La voz de los usuarios debe ser escuchada para evitar procesos inconvenientes y crónicos. Esto es consistente con lo que se establece en *Åpenhet og helhet* (“Apertura e Integridad” – un informe del Ministerio de Salud de Noruega) y en los documentos de las organizaciones de usuarios.

El segundo elemento es el apoyo. Se trata de establecer y facilitar mecanismos para que el paciente pueda sentirse mejor y aumentar su autoestima. También en este caso se trata de estar disponible para ayudar al paciente con una variedad de tareas prácticas diarias, así como animarle a participar en actividades que apoyan su sensación de dominio de las diferentes situaciones. Simplemente se trata de estar disponible y ayudar activamente de una manera positiva y empática. En la medida en que los ayudantes pueden ser estables, confiables, pacientes y compañeros maduros lograrán apoyar al paciente.

La desventaja es que en casos de exagerar en el empleo de este elemento, el paciente puede llegar a permanecer en una posición donde siempre demandará ayuda. En este contexto

puede ser prudente que entre el personal se discuta el tema de un posible paternalismo. Hay que tener en cuenta que el personal se encuentra en una posición de poder frente a los pacientes. Al no ser cabalmente conscientes de esto, insistimos en la idea que el paciente puede terminar en una posición crónica de necesidad de ayuda dado que el terapeuta siempre sabe lo que es mejor y quisiera realizar un sin número de acciones por sus pacientes. La posición que se debería buscar en estos casos es la denominada de “paternalismo leve”.

El tercer elemento es la estructura, que abarca todos los aspectos del entorno y que hace hincapié en la previsibilidad en el tiempo, el lugar y la persona, es decir, los factores que hacen que el ambiente sea menos cambiante y complejo. Para muchos tal ambiente se percibe como aburrido dado que es relativamente pobre en impulsos y estímulos. La estructura se expresa a través de la distribución clara de responsabilidades, procedimientos bien especificados y una reglamentación apropiada de ciertas actividades. Un ejemplo sencillo de la estructura que no resulta ajeno puede ser que en la institución después de cierta hora se exija silencio para que se pueda descansar. Para llevar a cabo dicha disposición hay que establecer límites, y el personal tiene que hacer lo posible para que se sigan. Algunas veces esto puede significar que el personal deba tener una composición tal que sea capaz de darle un seguimiento prácticamente físico a los límites establecidos (la estructura). El personal a veces deberá tolerar cierta agresión de los pacientes sin perder de vista la firmeza terapéutica. Si el personal junto con los pacientes planifican actividades que es sabido que tienden a fomentar la salud, esto representará un beneficio terapéutico adicional al ambiente. Una estructura clara puede contribuir a reducir los síntomas y comportamientos socialmente indeseables. Esto ayudará a que el paciente sienta una conexión segura hacia el entorno y por lo tanto una seguridad de no ser ni invadido ni abandonado a su propia suerte. El inconveniente surge cuando la estructura se vuelve demasiado obvia o rígida; ahí puede resultar sofocante para la autoafirmación y la creatividad del paciente. Aún más indeseable es el hecho de que la estructura contribuya a crear una agresión contra el sistema, lo que fácilmente resultará destructivo – pudiéndose perder el foco en el tratamiento terapéutico y pasar a debates ociosos y poco constructivos a nivel terapéutico donde el profesional y el paciente ya no se ven el uno al otro y la posibilidad de ayudar a este último se ve considerablemente reducida.

El cuarto elemento es el involucramiento. Aquí se refiere a los factores que hacen al paciente participar activamente y contribuir en relación al entorno social. El objetivo es “hacer uso del ego y fortalecerlo, modificando los patrones que le impiden al paciente una buena interacción

con los demás” (Gunderson 1978). Se destaca en particular la posible pasividad del paciente y su deseo de que otros hagan las cosas por o con él, por lo tanto el ambiente terapéutico se caracteriza por la apertura, tanto en términos físicos (puertas abiertas, por ejemplo) y simbólicos (la existencia de un espacio para expresar los sentimientos en palabras y probar la afirmación en uno mismo). El ambiente terapéutico ofrecerá una serie de actividades conjuntas para abordar este elemento. En el mejor de los casos este tipo de ambiente contribuirá a que los pacientes se sientan competentes y respetados, y con la posibilidad de sentir que tienen ingerencia en su propio entorno social. Este elemento se centra tanto en la distribución del poder y el derecho de decisión como en la falta de límites claros entre los diferentes roles, y puede así rápidamente entrar en conflicto con otros elementos. La desventaja de este elemento es que la participación en exceso puede hacer que algunos pacientes se sientan invadidos, lo que puede dar lugar a la agresión y negatividad.

El último elemento es la validación. Algunos la reconocerán como un método utilizado en la interacción con los pacientes con demencia, y hay claras similitudes. Básicamente se trata de confirmar la individualidad del paciente. En la práctica esto se hace facilitando un plan individualizado, realizando conversaciones en las que sólo participan el paciente y el responsable del entorno de manera que hay espacio para la intimidad y la empatía. También significa que se permitirá que el paciente pueda hablar sobre sus dificultades, pérdidas y sobre sus ideas alucinatorias. Por consiguiente, el personal debe tolerar la incertidumbre y la regresión mostradas por el paciente – se hace necesario entender que son formas de comunicación del paciente a las que no hay que ignorar. El personal debe tener cierto grado de autoconocimiento, de modo que la expresión del paciente se pueda enfrentar con empatía y aceptación. La esperanza es que el paciente desarrolle un mayor sentido de identidad cultural y capacidad de acercamiento.

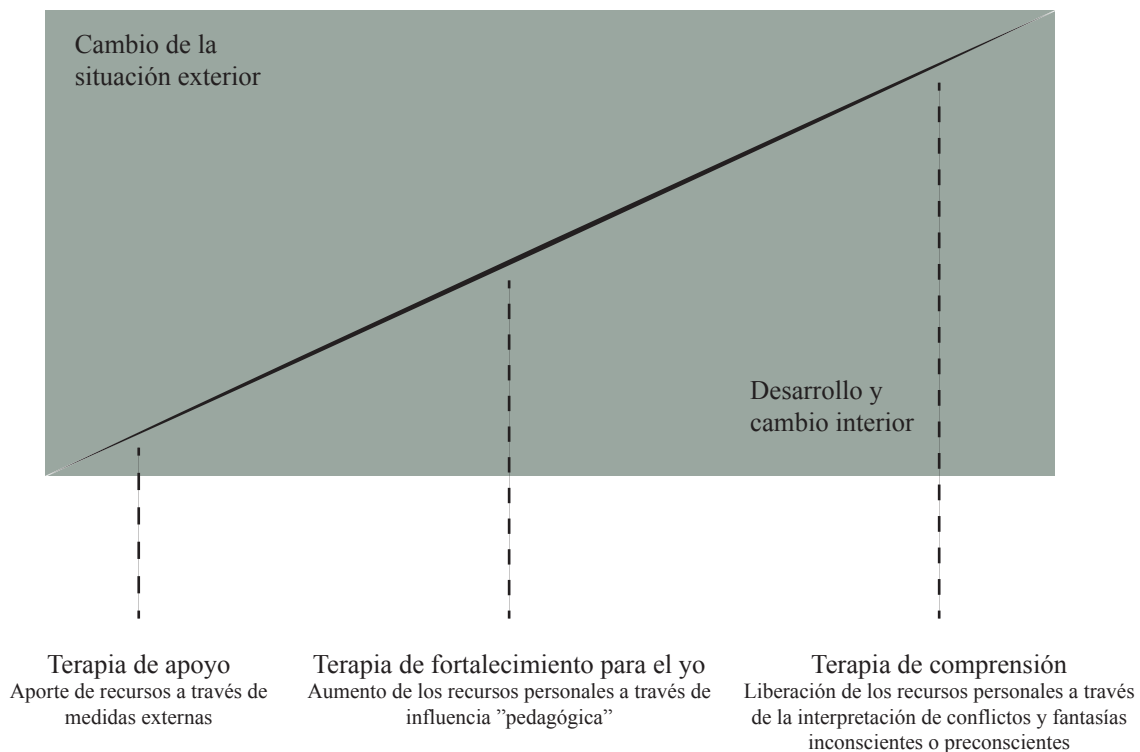


Figura 14: Tratamiento del fortalecimiento del yo (S. Levander).

11.7 El tratamiento del fortalecimiento del yo según los principios de Levander

La siguiente aproximación para establecer un ambiente terapéutico eficaz para las personas con problemas psicóticos es de la psicóloga sueca Sonja Levander. En un artículo publicado en 1979 presenta sus ideas sobre el tratamiento del fortalecimiento del yo, y como ya se ha mencionado, sus pensamientos han tenido una gran influencia en Noruega. Levander señala que el tratamiento del fortalecimiento del yo se basa en la idea de desarrollar y fortalecer los recursos del ego ya existentes en el paciente. Esto se puede realizar sin enfocarse en los conflictos que pueden esconderse detrás de las dificultades actuales. Levander entiende el término de "recursos del ego" como las funciones que el individuo desde el nacimiento ha desarrollado para dominar diversas situaciones de su entorno. En la selección de estos recursos señala el lenguaje, la memoria y la inteligencia y también incluye los mecanismos de defensa más clásicos que todos utilizamos para manejar las emociones fuertes o las fantasías que provocan ansiedad. En este arsenal de mecanismos también se incluyen los mecanismos de defensa que nos ayudan a interactuar con los demás y a resolver situaciones difíciles.

Levander describe las siguientes siete maneras diferentes de relacionarse con personas con un trastorno mental:

1. La continuidad y la regularidad
2. La verbalización
3. La función de la contención
4. La identificación de objetos
5. La explicación pedagógica
6. Intervenciones ajustadas a la realidad
7. La capacitación para aumentar las opciones

Un elemento básico en toda interacción humana es cierto grado de previsibilidad; la base de la continuidad y regularidad. Muchas personas con trastornos mentales tienen una larga historia de rechazo y decepción en sus relaciones interpersonales. Si estas decepciones son demasiadas y significativas, influyen en nuestra confianza en los demás y en el lenguaje como canal de comunicación. Con el fin de evitar nuevas decepciones, hasta tal vez ofensas, la persona en cuestión deja de hacer nuevos contactos y de mantener las relaciones ya existentes. Nuestros mecanismos de defensa también funcionan así. Algunos perciben el mundo como tan poco fiable que consideran mejor retirarse de las relaciones humanas. El resultado es a menudo que el mundo exterior a su vez percibe a la persona en cuestión como retirada y ensimismada. Sin embargo no se le debe interpretar como si su vida interior hubiera fenecido. En retrospectiva algunos pacientes nos pueden contar en detalle lo sucedido mientras aparentemente se encontraban en etapas de escaso contacto.

Aquí puede ser apropiado referirse a una historia que supuestamente es verdadera. En uno de los hospitales psiquiátricos noruegos se internó hace unos años a un paciente con un diagnóstico de esquizofrenia. El paciente permaneció en silencio y no tenía ningún contacto verbal. Entre el personal había una persona que decidió hacer todo lo posible para romper su aislamiento y el silencio, y le dijo al paciente que estaría con él media hora todos los días, desde las 09.00 hasta las 09.30. Era decisión del paciente si quería hablar o no, si no, permanecerían en silencio. El terapeuta iba todos los días por un largo tiempo sin cambio aparente en el estado del paciente. Un día se enfermó, y no pudo acudir a la cita según lo acordado. Cuando regresó el día siguiente, después de un rato el paciente le dijo en voz baja: “Ayer no viniste”.

Sabiendo que muchos de nuestros pacientes tienen una larga historia de decepciones y que luchan con pensamientos que no sólo son dolorosos de verbalizar, sino que también son muy sensibles y privados, se entiende que la confianza es fundamental. En las personas con problemas de salud mental no se puede dar por hecho que confíen en el mundo exterior. En muchos casos hay que ir construyendo la confianza, y es una tarea que puede tardar. El dejar que el paciente sepa que será recibido por el mismo terapeuta a horas establecidas y con una duración específica es una forma de generar confianza. A largo plazo la estabilidad y la fiabilidad en el contacto con el/ los terapeuta/s podrá ayudar a reducir la inseguridad y la desconfianza. Al igual que en la historia pueden surgir imprevistos de manera que no se puede cumplir con el acuerdo, sea por enfermedad o por una demora en el tránsito. En tales situaciones es muy importante informarle de ello al paciente lo más rápido posible. Se necesita mucho tiempo para construir la confianza, pero un pequeño descuido puede ser suficiente para quebrarla – y esta lesión puede ser casi imposible de reparar. Una regla básica es que cuando más enferma está una persona, más vulnerable es. Lo que para los “sanos” suena como una repetición aburrida puede significar para los pacientes rituales esenciales que hacen la vida predecible y comprensible. Si recurrimos al sociólogo medicinal Antonovsky para describir el fenómeno, se trata de hacer el mundo inteligible y manejable.

La siguiente área en el trabajo de fortalecimiento del yo es la verbalización. En términos generales se trata de poner en palabras las experiencias y percepciones. Sonja Levander lo dice así:

Lo que se puede expresar en palabras y se puede entender por otra persona es universal, y por lo tanto menos aterrador de lo que se pensaba previamente.

(Levander 1979, p. 300)

Tenemos buena evidencia de que el hablar de lo que duele, asusta y ayuda a uno mismo. Ayuda al tener que encontrar las palabras y estructurar el contenido de un pensamiento caótico – volviéndose más concreto y manejable y a la vez el paciente ya no se siente completamente solo en su experiencia. La palabra comunicación proviene del latín y significa “hacer común”. Cuando algo se hace común también se comparte con los demás, y uno no tiene que soportar la carga solo. Para muchos de nosotros es muy difícil cargar con algo que nadie más sabe. Puede que ese algo comience a vivir una vida propia y de esta manera nos “robe” parte de nuestra conciencia y atención. Varias personas que han sido diagnosticadas como

esquizofrénicas confiesan que se sienten “impotentes”. Tal vez éste sea el resultado cuando los pensamientos difíciles y no comunicados viven su propia vida. Otra vez hacemos referencia a la metáfora de los fantasmas: desaparecen y pierden su poder cuando se sacan a la luz – y con los pensamientos difíciles puede ocurrir lo mismo.

En este trabajo hay que tener tres factores importantes en mente: el tiempo, la confianza y el secreto profesional. El respeto por el tiempo es importante ya que al paciente hay que dedicarle el tiempo suficiente, y también, cuando el tiempo marcado está a punto de culminar, es necesario terminar de una buena manera dándole un cierre al encuentro. Puede sentirse como algo muy duro si a una buena conversación se la interrumpe abruptamente, y es necesario siempre realizar adaptaciones individuales considerando cada situación en particular. El no marcar ningún tipo de límite temporal puede, por otro lado, ser percibido como una falta de respeto. Generalmente es conveniente aclarar el marco temporal de antemano.

La confianza requiere de un trato a través del tiempo, sobre todo si estamos con personas vulnerables o que han sido víctimas de vejaciones o maltratos. Debemos demostrar que somos merecedores de su confianza antes de poder esperar que nos consideren dignos como interlocutores. El hablar de los pensamientos más íntimos, los sentimientos y las derrotas es doloroso y requiere mucho del oyente para que no se sienta como un nuevo maltrato. Una palabra clave es el reconocimiento. El paciente debe sentirse seguro con nuestro secreto profesional, pero no debe resultar un obstáculo para la facilitación de la información que puede ser importante en el tratamiento. Nuestra experiencia nos dice que es mejor no prometer demasiado cuando el paciente nos pide que no trasmitamos a terceros nada de lo que nos cuenta. Lo que sí se puede prometer es que la información confidencial no saldrá de los registros oficiales o de aquellos lugares donde sí es necesario informar formalmente. El personal de salud y asistencia social tiene por ejemplo la obligación de informar sobre el abuso infantil o si existe riesgo de vida.

La siguiente área que forma parte del trabajo del fortalecimiento del yo es la función de la contención y se da como continuación natural de la verbalización. Levander señala que ésta probablemente sea una de las funciones de fortalecimiento del yo más centrales. Los orígenes lingüísticos del concepto de la contención son claros. En nuestro contexto el término de contención significa “contener” lo que el paciente nos da de su vida interior. Ahora, ¿qué significa “contener” lo que el paciente nos da? Aquí se nos exige mucho más que el llevar una

conversación normal. Básicamente significa que somos capaces de aceptar lo que nos cuenta o de alguna manera u otra nos deja el paciente. El que esto sea un punto de partida para el desarrollo del paciente depende de la forma en que recibamos lo contado. Para los pacientes psicóticos generalmente se tratará del contenido de un pensamiento caótico y desestructurado, muchas veces con una descripción del mundo exterior que no coincide con la nuestra. Lo que el paciente nos comunica puede ser aterrador o puede implicar una crítica muy fuerte. La contención involucra la aceptación inicial, sin entrar en actitudes defensivas, sin demasiados comentarios y sin sentirnos personalmente ofendidos. Tenemos que ser capaces de soportar el hecho de que mucho de lo que nos cuente el paciente nos resulte confuso – lo que sin lugar a duda también lo es para él. Debemos recibir lo transmitido de una manera neutral, pero a la vez con interés, siempre teniendo en cuenta que representa la experiencia interna del paciente y su visión del mundo. Sólo el simple hecho de que el paciente pueda hablar le es de ayuda; es sabido que se siente muy positivamente que alguien le pueda escuchar sin entrar en el miedo y la ansiedad que caracteriza el narrador. Después de un tiempo, preferiblemente cuando el paciente esté más tranquilo, puede ser apropiado volver a algo de lo que se dijo o hizo. Lo central es reconocer la experiencia y a través de este enfoque desafiar al paciente para que vaya descubriendo lo que le resultaba poco claro o aterrador. A través de nuestra continuidad actuamos como un yo temporal auxiliar. En este trabajo es esencial distinguir entre el material emocional propio y el material emocional del paciente. Para que esto funcione terapéuticamente, esta capacidad de distinción es esencial.

En los tratamientos psiquiátricos se han utilizado durante años un tipo de enfoque denominado orientación hacia la realidad, es decir, tratamos de ayudar a los pacientes psicóticos y que se encuentran en estado de confusión a ver que el mundo exterior es diferente de como lo experimentan ellos. En los últimos años la tendencia ha demostrado que debemos limitarnos más en tratar de impulsar a los pacientes a compartir nuestra visión común del mundo exterior. Para evitar el aumento del nivel de ansiedad que ya es elevado, es preferible que seamos nosotros los que recibamos lo que el paciente nos comunica de su experiencia. Eso no quiere decir que debemos confirmar lo psicótico, sólo que no debemos rechazarlo totalmente. Es un acto de equilibrio muy importante, pero difícil. No tiene ningún sentido forzar a una persona psicótica a estar en una habitación que considera insegura, o decirle que se acueste en una cama que según su percepción está llena de serpientes. Aquí hay una congruencia con el principio de validación de Gunderson.

Al trabajar con personas con trastornos mentales es inevitable que los representantes del personal entren en el papel como objetos de identificación. Si la relación entre el terapeuta y el paciente se ha desarrollado de manera que contenga una forma de respeto mutuo e intimidad, es evidente que la persona en busca de ayuda imitará algunas de las formas de resolver los obstáculos utilizados por el terapeuta. Esto le da un poder considerable a este último. Aquí, como en todas partes, es importante tomar conciencia de ello y utilizarlo de una manera terapéutica y éticamente defendible. El efecto de fortalecimiento del yo consiste en que el paciente a través de su terapeuta conozca maneras alternativas de comportarse para luego ir probando nuevas formas de relacionarse con el mundo exterior. Para enfatizar aún más las oportunidades de aprendizaje inherentes es posible conversar también sobre lo que está sucediendo y apuntar a nuevas y diferentes maneras de llegar a buenas decisiones. El contribuir a un repertorio de acción más amplio puede ser positivo en el sentido de que uno no se siente tan estancado – la meta es desarrollar un comportamiento diverso y rico. Algunos necesitarán ayuda para probar nuevas formas de ser, por ejemplo en situaciones que antes percibían como peligrosas o que les producía ansiedad. Este tipo de fortalecimiento del yo es similar al papel de los “buenos padres” – realmente hay un paralelismo. El desafío es equilibrar nuestro apoyo y no caer en una especie de paternalismo. Resulta sencillo caer en la tentación de tomar decisiones en nombre del paciente cuando las debe tomar él mismo. Al hacerlo obtenemos el resultado opuesto: El paciente permanecerá sin aprendizaje y crecimiento y dependerá de nosotros más de lo necesario. Para el terapeuta una orientación sistemática sobre su rol profesional será un correctivo útil aquí.

Otro elemento del tratamiento del fortalecimiento del yo se encuentra en el uso de las explicaciones pedagógicas. En compañía de las personas con un trastorno mental vemos que sus reacciones se arraigan en conocimientos incompletos o erróneos. Esto es particularmente evidente en las personas que han estado enfermas durante mucho tiempo y por lo tanto han obtenido una educación deficiente o que debido a su enfermedad tampoco han podido participar en la socialización que la vida misma brinda. La consecuencia puede ser que uno fácilmente se sienta amenazado o provocado, y el suministro de conocimiento e información podrá resolver este desafío. Nuestra experiencia muestra también que algunos pacientes tienen miedo a sus propias reacciones corporales. Una instrucción sobre cómo la ansiedad afecta al cuerpo y proporciona una cantidad de síntomas, aunque inofensivos, puede ayudar a que el paciente pueda enfrentarse a tales situaciones la próxima vez que aparezcan. Aquí a los pacientes se les puede auxiliar para que puedan entrar así en un círculo virtuoso. El conocimiento de la

ansiedad y las reacciones fisiológicas las convierte en menos peligrosas y deja el paciente menos tenso, lo que a su vez puede conducir a que se anime a entrar en zonas que anteriormente vería como prohibidas. La consecuencia de esto es un aprendizaje aún más amplio y posiblemente una sensación de libertad y elección. Puede que el paciente necesite de más formación y conocimientos para poder aprovechar al máximo su nueva libertad.

En este contexto es un buen punto ser austero en el uso de las palabras. Demasiadas palabras y explicaciones excesivas pueden resultar desalentadoras y contraproducentes. Si el pensamiento y la vida emocional se caracterizan por la ansiedad y la confusión psicótica, a menudo se reduce la capacidad de asumir nuevas ideas y aprendizaje.

Levander también se refiere a lo que describe como intervenciones adaptadas a la realidad, que ayudarán al paciente a emprender acciones realistas. Nuestra experiencia nos ha enseñado que nuestros pacientes a veces se ponen metas tan altas que es razonable suponer que no lograrán alcanzarlas, lo que a su vez conduce a la decepción y la falta de confianza en las habilidades de uno. Los pacientes suelen tener varias experiencias negativas del pasado y no necesitan más, por lo tanto puede ser útil recibir ayuda para evaluar lo son capaces de hacer – y lo que no. Es bastante común pedirle este tipo de consejos a los familiares y amigos, pero muchos carecen de una red social y tampoco saben usar dicha asistencia. El solicitar y recibir asistencia ciertamente no es un síntoma de debilidad o defectos, más bien lo contrario. Si podemos ayudar a los pacientes a que a través de su experiencia de elección logren sus objetivos, no sólo será importante para ellos sino que también tendrá un efecto positivo en la construcción de relaciones. De la teoría educativa sabemos que el sentir que uno puede alcanzar sus metas y objetivos es un poderoso factor de motivación. También ayuda a desarrollar una imagen positiva de uno mismo.

Pasemos ahora a lo que Levander describe como el entrenamiento en visualizar la existencia de varias opciones. Vemos con demasiada frecuencia que los pacientes se sienten atrapados en una situación y actúan según un estereotipo. Ven una sola y posible solución y por lo tanto no les queda opción, aunque es inevitable que esta opción muchas veces está lejos de ser la mejor posible. Por ende, la falta de experiencia y la oportunidad de ver diferentes soluciones como alternativas contribuye a agravar una situación ya difícil. Sin embargo, es posible trabajar para encontrar otras opciones de acción. De cada situación en la que se entra suele haber más de una posible salida.

Al tomar como punto de partida situaciones normales de aquí y ahora, del tipo que son inofensivas y neutrales, podemos ayudar al paciente a encontrar más opciones. Una vez más es recomendable empezar de a poco, donde la probabilidad de éxito sea alta, lo que aumenta la confianza del paciente en el cambio y en las nuevas alternativas de acción. La práctica en esta área también se puede hacer en forma de juegos de rol: aquí se exploran las opciones y se prueban en terreno neutral. Si el paciente logra tener éxito en esto, le puede hacer sentir que tiene una mayor libertad e independencia en su vida y que ha dado un paso hacia adelante en la construcción de su autoimagen.

En la práctica diaria muchas veces se escucha hablar de la ayuda del ego. Dado que esto se puede percibir como un concepto pasivo y puede transmitir algo sobre un conjunto de actitudes, nos parece razonable precisar que sólo se trata de principios de fortalecimiento del yo. Esto puede apuntar a la fuerza del paciente que se moviliza donde el terapeuta de salud o de los servicios sociales trabajan de manera sistemática junto con la persona que necesita ser fortalecida, no a través de medidas dirigidas a, o para esta persona. En cierto modo se puede reconocer el pensamiento del empoderamiento en el tratamiento.

En este trabajo también está incorporado que el paciente debe aprender a conocerse a sí mismo y a su enfermedad/padecimiento para que busque ayuda al sentir que los problemas empeoran y que ya no puede manejarlos solo. El buscar ayuda a tiempo es una forma de prevenir que los síntomas psicóticos puedan prosperar libremente. Cualquier desajuste psicótico va a ser doloroso y se siente como una derrota. Anteriormente nos hemos referido a TIPS (la intervención y el tratamiento tempranos de la psicosis) y EE (emociones expresadas), y también lo que hemos visto que se denomina como tratamiento psicoeducativo. Aquí el propósito es lograr una mejora de los trastornos mentales mediante el uso de conocimientos sobre ellos y cómo se desarrollan.

Si es posible lograr una buena cooperación con las redes alrededor del paciente, esto ayuda a proporcionar una base para desarrollar un sentimiento de optimismo acerca de cómo se puede articular la enfermedad.

Strand (1992) se basa en los principios del fortalecimiento del yo de Levander y hace hincapié en una división en principio materna y otra paterna. Lo maternal cubre la continuidad, la fidelidad y la falta de exigencias, mientras que lo paterno abarca las exigencias y la facili

tación del aprendizaje. Tanto Levander como Strand subrayan la importancia de que las personas con una psicosis necesitan una atención que incluya ambos principios. Strand se refiere a material inédito y opera con más áreas que Levander. Los principios del fortalecimiento del yo de Strand son los siguientes:

- Continuidad y la regularidad
- Cuidado físico
- Establecimiento de límites
- Resguardo
- Función contenedora
- Orientación hacia la realidad
- Acciones prácticas – interacciones
- Verbalización
- Enfoque pedagógico
- Requisitos y objetivos
- Capacitación para ver opciones y tomar decisiones

Varios de estos principios se presentan en la parte II. Muy a menudo se utilizan ciertos principios de fortalecimiento del yo a la vez. En este contexto hemos decidido discutir el establecimiento de límites.

11.7.1 El establecimiento de límites

El que hayamos elegido el establecimiento de límites como un tema aparte se debe a que muchos profesionales nuevos lo consideran tarea difícil, y según nuestra experiencia puede haber cierto desorden en la práctica. Un viejo principio es que el establecimiento de límites nunca debe ser un castigo. Esto significa que los profesionales en el área de la salud y de los servicios sociales necesitan una actitud reflexiva hacia su profesión. Anteriormente se ha hablado sobre la creación de estructura (véase el capítulo 5) en relación a los pacientes con manía.

Es imposible hacer esto sin que la persona en cuestión se sienta limitada. Hemos señalado lo difícil que fue para Ana en cuanto a las crisis de descontrol de Roberto y en la historia de Magdalena. Ambos casos son ejemplos de cómo el establecimiento de los límites se aplica en situaciones diferentes. El contenido del concepto se describe de varias maneras. Strand

(1992, p. 87) dice: “El establecimiento de límites es una manera activa, con intención terapéutica, realizada de una manera también terapéutica de marcar que existe un extremo, el cual no se debe pasar”. Strand nombra cuatro áreas donde resulta relevante el mencionado establecimiento de límites: la seguridad, la estructura, la protección contra la estigmatización y temor al ridículo y el aprendizaje en última instancia. Según Hummelvoll (2004), debe haber una actividad racional en la que la actitud del personal y la acción marcan este extremo, y he aquí uno de los puntos centrales de la cuestión: ¿Quién decide lo que es extremo? ¿Es la persona misma, el representante del personal que justo en ese momento está presente, puede que las reglas de la institución interfieran con el plan individualizado para cada paciente, o puede resultar que lo que le ayuda a dominar la vida diaria a un paciente es contraindicado para otro? Éstas serán áreas que precisan de discusión y reflexión. Vatne (2003) afirma que el establecimiento de límites como método rara vez se debate entre el personal donde es utilizado. Habla de los hábitos del personal y su interacción con los pacientes con comportamiento difícil. Luego se refiere a otras instituciones donde el personal sí tiene la costumbre de discutir el tema con el fin de comprender y conocer mejor el establecimiento de límites y las problemáticas que puedan surgir en relación a ello.

Una manera fácil de obtener tal comprensión y conocimiento podría ser preguntarle al paciente. Ahora, también hay situaciones donde esto no resulta factible y uno actúa en consecuencia estableciendo lo que sería lo mejor para el paciente. Apelemos a nuestra sinceridad: hay situaciones que se resuelven mediante el establecimiento de límites porque resulta la solución más confortable para el personal. En estos casos se precisa de un debate profesional/ético y un entorno propicio, tanto dentro como fuera de la institución que sea lo suficientemente seguro como para dar lugar a esas conversaciones.

En el establecimiento de límites a nivel terapéutico son significativos tanto el lenguaje corporal como la actitud que expresa el lenguaje. En el capítulo 10 referimos a Wallin Weihe que menciona que el lenguaje tiene dos funciones principales: la transmisión de cultura y el reconocimiento. Es importante que no se establezca una cultura donde los roles se asocian con el control, la educación y una perspectiva de corrección continua. Cada uno de los representantes del personal puede ser portador de una cultura (en este caso institucional), lo que puede conducir en algunos casos al uso y abuso de la fuerza y tal vez peor, la coerción oculta. La segunda parte de la función principal del lenguaje, el concepto de reconocimiento, lo encontramos nuevamente en Vatne (2003) como una perspectiva que conduce a un papel

de aprobación. Este papel se basa en el principio de igualdad y trata de que el personal confirme y brinde seguridad a los pacientes. Lo contrario al reconocimiento es según Vatne una perspectiva correctiva, donde a menudo se enfoca en una falla en o una anomalía del paciente en lugar de la reducción de su vulnerabilidad.

Las dos perspectivas implican consecuencias diferentes para la comunicación y la interacción que se observan en todo trabajo ambiental y terapéutico. Recurramos a un ejemplo para ilustrar la situación: Imagínate que trabajas en un “hogar” (institución pequeña que alberga varias personas con diversos trastornos) donde hay una persona con los mismos problemas que Roberto. Un día llegas al trabajo y encuentras la cama sin hacer, comida y platos sucios por doquier y el lugar entero no parece haber sido aseado en mucho tiempo. Como indica Vatne, podrías aplicar una perspectiva correctiva, señalando, como es tan común en este tipo de casos: “Aquí está muy sucio. Tu casa no puede estar así”. En cambio, si se opta por una perspectiva reflexiva de reconocimiento la conversación podría comenzar así: “Al parecer te resulta difícil hacer las tareas del hogar, ¿es así? (Espera la respuesta) ¿Podemos hacer algo al respecto?”

Según Vatne, en el uso de una comunicación de reconocimiento el punto de partida es que el ser humano sea capaz de cambiar desde adentro. Agrega: “Así el individuo se siente comprendido y reconocido a partir de su propio fundamento; se le reconoce el derecho a sus propios sentimientos y experiencias”. Esto implica una relación sujeto–sujeto (Vatne 2003). Uno necesita tiempo para sentirse seguro en su rol en el encuentro con pacientes con un trastorno mental para contribuir a que ellos mismos trabajen para lograr su propio entendimiento y los cambios en su vida. Para conseguir esta seguridad primero se debe desear conocerse a sí mismo como ayudante, conocer la vulnerabilidad y las fuerzas de uno y practicar una comunicación de reconocimiento.

11.8 Terapia cognitiva

Que optemos por presentar una de las muchas formas de terapia se debe a que se ha demostrado eficaz en la ayuda a la gente con ansiedad y depresión. El método es fácil de aprender y se puede utilizar cuando surgen diversos problemas psicosociales.

En la terapia cognitiva se trata de procesar información. El núcleo de la terapia es que todos procesamos la información obtenida. Lo que elegimos, lo que interpretamos y la manera de hacerlo depende de las experiencias previas y las expectativas en la situación actual. En

la terapia el paciente toma conciencia del impacto de patrones de pensamiento que causan ansiedad o que son injustamente autocríticos o pesimistas. Se trata de ver la relación entre los pensamientos y los sentimientos. El terapeuta y el paciente discuten las posibles y diferentes alternativas y prácticas. A pesar de sus diferentes funciones existe una colaboración mutua entre el terapeuta y el paciente sobre todo dirigida a los problemas como aparecen en la vida diaria del paciente – y todo va a girar en torno a su propia percepción. El terapeuta debe asegurarse continuamente de la vigencia de su alianza con el paciente, y que tengan una comprensión común de los problemas que se tratan de resolver. Una terapia bien encaminada también implica que el paciente haya internalizado una mayor comprensión tanto de lo que ha contribuido a mantener los problemas como de las posibles medidas que se pueden utilizar para prevenir nuevos problemas. La buena terapia también implica que el paciente aprenda a ayudarse a sí mismo.

Un modelo ABC

- 1 Muchas veces nos desesperamos, enojamos o deprimimos debido a los pensamientos que tenemos sobre un incidente, no sólo por el incidente mismo. En casos de ansiedad y depresión es común que los pensamientos sean desproporcionados en relación a la situación actual.
- 2 Fluctuaciones en lo que pensamos acerca de un incidente puede conducir a cambios emocionales.
- 3 El objetivo es obtener conocimiento acerca de los pensamientos que impiden o promueven el dominio, la adaptación y el cambio

Para lograr un mayor dominio se requiere un trabajo sistemático. Basándose en una situación ya experimentada se observa:

- A. El incidente
- B. Pensamientos acerca del incidente (las fantasías, las percepciones, los recuerdos asociados con el incidente)
- C. Emociones, sensaciones corporales y comportamiento
- D. ¿Por qué B? E. Maneras alternativas de entender/interpretar el incidente

(Repål 2009)

Cuando el ayudante y el paciente realizan esta labor juntos, al paciente se le pueden dar tareas para la próxima vez, y luego hablar sobre ellas con su ayudante. Pueden ser situaciones completamente abiertas o con un enfoque específico, como por ejemplo el encuentro con un miembro concreto de la familia – una situación que anteriormente haya sido caracterizada por la ansiedad. Para que la terapia sea más eficaz, es conveniente que el ayudante y el paciente estén de acuerdo sobre el tipo de situación que debe ser trabajada.

Para aplicar este método, terapéuticamente se precisa de un entrenamiento sistemático previo, pero todos podemos emplear los principios que subyacen a esta forma de terapia en nuestros encuentros con personas en dificultades.

11.9 Ejercicios de reflexión, capítulo 11

- Reflexionar sobre cómo los profesionales de la salud pueden abusar de la confianza recibida.
- En la sección 10.2 se dice que “nadie es su cultura, uno tiene sus orígenes culturales y religiosos”. Reflexionar sobre esta afirmación.
- Reflexionar sobre situaciones en que la comunicación puede llegar a ser una barrera para el contacto entre el paciente y sus allegados. ¿Por qué y cuándo sucede?
- Algunos pacientes con un trastorno mental tienen una red social limitada. ¿Cómo se puede ayudar a que se amplíe?





Para el que padece un trastorno mental:

Aunque en períodos estés influenciado por diferentes aspectos de tu sufrimiento, llegarán momentos donde la vida es más fácil. Muchos han experimentado que se pueden dejar los tiempos difíciles atrás. Creemos que es importante estar abierto acerca de los problemas de uno – en la mayoría de los casos contribuirá a una menor estigmatización.

Te recomendamos que establezcas pequeños desafíos y exigencias tanto para ti como para los que te rodean para poder tomar las riendas de tu propia vida y que cada día pueda resultar más sencillo.

Para el allegado:

El papel del allegado puede ser difícil. Podrás experimentar que algunos piensan que tienes responsabilidad – que debes proporcionar ayuda en todo momento. Será más fácil si logras, claramente, pedir que los demás participen en el cuidado de la persona en cuestión – será un alivio y la carga ya no te será tan pesada. A la vez es fundamental que pienses en tu propia salud.

Para el profesional:

Esperamos que este libro te haya inspirado para seguir leyendo y adquiriendo conocimientos en el área de la salud mental. Nuestra esperanza es que hayas encontrado una base para el debate y la reflexión acerca de lo que has leído. El trabajar con la salud mental significa que no resulta suficiente recurrir a los medios técnicos; la herramienta son los propios conocimientos personales y técnicos del profesional. Ésta es la razón por la cual el presente libro intenta no proporcionar respuestas exactas a lo que se debe hacer. Lo que resulta ser la mejor solución para algunos, no necesariamente lo es para otros. Cada uno debe encontrar su manera, y tú la tienes que encontrar junto a tus colegas. También debes hacer preguntas críticas acerca de tus propias acciones y las de tus colegas. Ten en mente también que en el área de la salud mental se necesitan profesionales que contribuyan a la mejora integral de los servicios.

Para el administrador:

Escucha a los pacientes y a los profesionales para que se puedan llevar a cabo las recomendaciones de la OMS. En particular pensamos en los servicios diarios municipales a fin de reducir el aislamiento, aumentar el nivel de actividad y establecer un campo fértil para que se divulgue mayor información sobre la salud mental.

La necesidad de que se siga educando a los profesionales de la salud en Nicaragua es también decisiva para de una manera satisfactoria proteger a los pacientes que padecen un trastorno mental. Alienta a MINSA, a las universidades y las instituciones de formación de enfermeros y profesionales de la salud para que se centren aún más en la salud mental en años venideros.

BIBLIOGRAFÍA

Aanderaa, Inger (1999): Relasjoner i teamarbeid. Et psykodynamisk perspektiv. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Aaslestad, Petter (1997): Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler – Gaustad 1890–1990. Oslo: Tano Aschehoug.

Aburto José Trinidad Cladera: «Mental health In Nicaragua with special reference to psychological behavior». New series No 915, ISBN 91-7305-726-6, Umeå University Sweden y Universidad León, Nicaragua.

Antonovsky, Aron (1979): Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass.

American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ta edición). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychological Association (2009): Managing traumatic stress: Tips for recovering from disasters and other traumatic events. Extraído de 03.03.10 <http://www.apa.org/help-center/recovering-disasters.aspx>

Axelsen, Eva Daalsgaard (2003): «Psykkiske problemer – en kilde til utvikling». En: Torkil Berge et al. (ed.): Samtaler som forandrer. Psykologisk teori i praksis. Bergen: Fagbokforlaget.

Bae y Waastad (1992): Erkjennelse og anerkjennelse perspektiver på relasjoner. Oslo: Universitetsforlaget.

Belin, Sverker (1987): Schizofrenibehandling. Psykiatri på liv og død. Stockholm: Natur och kultur.

Berg, Eli (2004): Det skapende mellomrommet i møtet mellom pasient og lege. ISM skriftserie no. 74. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin.

Berge, Torkil y Arne Repål (2004): Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjørneboe, Jens (1974): Haiene. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Blomberg, Wenche (2002): Galskapens hus. Utskilling og internering i Norge 1550–1850. Oslo: Universitetsforlaget.

Borg, Marit y Alain Topor (2003): Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget.

Borge, Lisbet y Arve Almvik (2000): Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helse- arbeid. Bergen: Fagbokforlaget.

Brent, David A. (2005): «4. nasjonale konferanse om selvmordsforebygging i Tromsø, mai 2005». Suicidologi no. 2.

Buber, Martin (1992): Jeg og Du. Oslo: Cappelen.

Buhaug, Harald, y Trond Hatling (2001): «Behandlingskapasitet i psykisk helsevern Helseregion Øst». Rapport fra forprosjekt. SINTEF-rapport STF78 A015028. Trondheim: SINTEF, Unimed, Helsetjenesteforskning.

Bø, Aud Kirsti (1996): Omsorgens ansikt. Om metoder og kunst i psykiatrisk sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget.

Bø, Aud Kirsti y Wigdis Helen Sæther (2004): Kunsten som beveger. Estetisk dannelse i helse- og sosialfagene. Bergen: Fagbokforlaget

Bøe, Tore Dag y Arne Thomassen (2000): Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse. Oslo: Universitetsforlaget.

Christoffersen, H. (1992): «Borgeren og de kommunale serviceydelser.» AKF Nyt, no. 5. København: AKF Forlaget og Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut.

Christoffersen, Svein Åge (1997): Handling, person, samfunn: En innføring i grunnlagsetikk for helse- og sosialfagene. Oslo: Tano Aschehoug.

Claus Bryde, I. y Vike, B.: Sykepleie og kulturell trygghet. Tidsskriftet Sykepleien 2004/7, pp. 40–43.

Cullberg, Johan (1995): Dynamisk psykiatri. Oslo: Tano.

Cullberg, Johan (2000): Psykoser. Ett humanistisk och biologisk perspektiv. Stockholm: Natur och kultur.

Cullberg, Johan (2005): Psykoser. Et integrert perspektiv. Oslo: Universitetsforlaget.

Cunningham, C.A. et al. (2008): Modelo de Atención Intercultural de Salud de la Región Autónoma Atlántico Norte de Nicaragua: MASIRAAN. Consejo Regional Autónomo Atlántico Norte Comisión de Salud/CRAAN, Coordinación de Gobierno Regional Secretaría de Salud/GRAAN.

Dored, Gunilla (2011): Sykepleien Forskning 6(1):92-95 DOI:10.4220/sykepleienf.2011.0073.
Eide y Eide T. (2000): Kommunikasjon i relasjoner Samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekberg, Espen, y Jon Vatnaland (2003): «Strukturendringer i norsk finanssektor. Fragmentering, makt og styringsavmakt i skjæringspunktet mellom næringsliv og politikk». En la serie de informes: Makt- og demokratiutredningen 1998–2003. Rapport no. 72. ISSN 1501-3065, ISBN 82-92028-78-1.

Erika Beata Thorkildsen (2011): [hwww.se.terapi.no/index.php?site=default/579/588](http://www.se.terapi.no/index.php?site=default/579/588).

Eriksen Hylland, T. (1998): Små steder- Store spørsmål. Innføring i sosialantropologi. Oslo: Universitetsforlaget.

Eriksen Hylland, T. (2007): Flerkulturell forståelse (4ta edición). Oslo: Universitetsforlaget.

Eschun, S. y Gurung A.R. Gurung (ed.) (2009): *Culture and Mental Health*. Blackwell Publishing, West Sussex.

Fernando, S. (2010): *Mental health, race and culture* (3era edición). England: Macmillan Publisher Limited.

Finkelhor, D.; Hotaling, G.; Lewis, I. y Smith, C. (1990): «Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors». *Child abuse & neglect*, 14, pp.19–28.

Freire, P. (1974): *Pedagogy of the Opressed*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Fyrand, L: Sosialt nettverk. Teori og praksis. Oslo: Tano.

Gibson, C.H. (1991): «A concept analysis of empowerment». En: *Journal of Advanced Nursing*, 16, no. 3, pp. 354–361.

Giske, T. (ed.) (2009): *Mangfold eller enfold*. Oslo: H.Aschehoug & Co.

Hanssen, I. (2005): *Flerkulturelt samfunn* (3era edición). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hillestad, A.H. y Sørensen, A.L. (2007): *Bare Reis!* Cappelen, Oslo.

Humerfelt, Kristin (2005b): «Verdige historier, men uverdige bruk? Brukere med rusmiddelproblemer som offentliggjør sine egenerfarte historier». En: Elisabeth Willumsen (red.): *Brukernes medvirkning!* Oslo: Universitetsforlaget.

Hummelvoll, Jan Kåre (1988 og 2004): *Helt, ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Huse, Marie (1994): «Selvbestemmelse og avhengighet hos pasienter med sterk fysisk funksjonshemming». Hovedoppgave. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.

Hynnekleiv, Torfinn (2004): «Psykiatrisk genetikk – men særlig henblikk på schizofreni og bipolare sinnslidelser». En: Henning Værøy y Mette Garvoll Værøy (ed.): *Nevropsykiatri*

(2da edición). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, Kjell Magne (1998): Psykologi. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget.

Håkonsen, Kjell Magne (2000): Mestring og lidelse. Psykiatri for helse- og sosialarbeidere. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Igra, Ludvig (1997): Objektrelasjoner och psykoterapi. Stockholm: Natur och kultur.

Ingeberg, Mette Holme (1994): «Et lite øyeblikk. Møte mellom sykepleier og pasient». Hovedoppgave i spesialpedagogikk. Oslo: Universitetet i Oslo.

Ingeberg, Mette Holme (2000): «Likeverd i år 2000». Rapport nr. 2/2000. Skedsmo: Høgskolen i Akershus.

Ingeberg, Mette Holme (2001): «Jeg bestemmer selv om jeg skal gå tur. Brukermedvirkning og nettverksbygging». Rapporter og utredninger no. 5/2001. Skedsmo: Høgskolen i Akershus.

Jahoda, M. (1958): Current Concepts of Positive Mental Health. Monograph Series and Joint Sommission. New York: Basic Books.

Javo, C. (2010): Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer. Transkulturell forståelse, veiledning og behandling. Oslo: Universitetsforlaget.

Jones, Ray B. et al. (2001): «Randomised trial of personalised computer based information for patients with schizophrenia». En: British medical journal (BMJ) 322 (7290), pp. 835–840.

Jørgensen, Per, Tor K. Larsen og Bent Rosenbaum (2000): Tidlig innsats ved skizofreni. Udvikling og behandling. København: Fagl's forlag aktieselskab.

Karlsson, Bengt (2004): Mani som fenomen og lidelse – pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag.

Killingmo, Bjørn (1980): Rorschackmetode og psykoterapi. En egopsykologisk studie. Oslo: Universitetsforlaget.

Krahé, B., Bieneck, S. y Scheinberger-Olwig, R. (2007): «Adolescents' sexual scripts: Schematic representations of consensual and non-consensual heterosexual interactions». *Journal of Sex Research*, 44, pp. 316–327.

Kringlen, Einar (1990 y 2005): *Psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget: Gyldendal Akademisk.

Landsman, I. S. (2002): «Crises of meaning in trauma and loss». En Kauffman, J. (ed.): *Loss of the assumptive world: A theory of traumatic loss* (pp. 13–30). New York: Brunner Routledge.

Larsen, Tor K. (2005): «Tidlig intervensjon ved schizofreni». En: Bjørn Rishovd Rund (red.): *Schizofreni*. Stavanger: Hertervig Forlag.

Lauvås, Kirsti y Per Lauvås (1994): *Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi*. Oslo: TANO.

Lazarus, Richard S., y Susan Folkman (1984): *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publ. Co.

Leira, Halldis Karen (2004): *Det gode nærvær. Kulturens psykologiske betydning*. Bergen: Fagbokforlaget.

Levander, Sonja (1979): «Jag-stärkande psykoterapi – det kanske mest använda och minst definerade förhållningssättet i psykiatrin.» En: *Läkartidningen*, 76, no. 5, pp. 299–301.

Lindstrøm, Unni (2003): *Psykiatrisk sykepleie. Teorier, verdier og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Laake, Knut (2002): *Geriatrici i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Magelsen, R. (2008): *Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene* (2da edición). Oslo: Akribe forlag.

Malt, Ulrik Fredrik, Nils Retterstøl y Alv A. Dahl (2003): Lærebok i psykiatri (2da edición). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Martinsen, Kari (1989): Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays. Oslo: TANO.

Martinsen, Kari (1990): «Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring». En: Karen Jensen (ed.): Moderne omsorgsbilder. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Mehlum, Lars (1999): Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Monsen, Jon T. (1997): «Selvpsykologi og nyere affektteori». En: Sigmund Karterud y Jon T.

Monsen (ed.): Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut. Oslo : Ad Notam Gyldendal.

Monsen, Nina Karin (1990): Det kjempende menneske. Oslo: Cappelen.

Myskja, Audun (2005): Den siste song. Sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling. Bergen: Fagbokforlaget.

Nasjonal forskningsinformasjon (NIF) (2006): «Tidlig intervensjon ved psykose». NFI-rapport. Resumen en <http://dbn.nsd.uib.no/nfi> (20.03.06) (ver «intervensjon ved psykose»).

Nasjonalt kunnskapssenter (2004): « Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser». Informe no. 13.

Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (2011): «Seksuelle og fysiske overgrep mot barn – kunnskapsstatus 201».

Nygaard, Åse Marit (2005): «Forord». En: Anne Gerd Samuelson: Kunsten i samspill. Fra ord til handling. Oslo: Kommuneforlaget.

- Peplau H. (1953): *International relations in Nursing*. New York, G.P. Putnam's Sons.
- Raustøl, Tellef (1996): *Fra medviter til medvirker. Brukermedvirkning i kommunale sammen- henger*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Repål, Arne (2009): *Kort innføring i kognitiv terapi. Selvhjelpshefte*, Norsk kognitiv forening.
- Retterstøl, Nils, Øivind Ekeberg y Lars Mehlum (2002): *Selv mord – et personlig og samfunns- messig problem*. Oslo: Gyldendal.
- Rizo, M. (2003): *Cultura*. URACCAN, Managua.
- Rossel, Peter (1995): «Det informerede samtykke». En: Andersen, Daniel, Carl Erik Mabeck y Povel Riis (ed.): *Medicinsk etikk*. København: FALD's Forlag.
- Røkenes, Odd Harald y Per-Halvard Hanssen (2002): *Briste eller bære. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønning, Rolf (2004): *Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rådet for psykisk helse (2004): «Verdig liv. Velferd, medvirkning og helhet ved psykiske lidelser». Oslo.
- Samuelsen, Anne Gerd (2005): *Kunsten i samspill. Fra ord til handling*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Scharff, David E. y Ellinor Fairbairn Birtles (ed.) (1995): *From instinct to self. Selected papers of W.R.D Fairbairn*. Volum I, II. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Schibbye, Annelise Løvlie (2002): *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med indi-*

vid, par og familie. Oslo: Universitetsforlaget.

Seikkula, Jaakko (2000): Åpne samtaler. Oslo: Tano Aschehoug.

Skau, Greta Marie (1992): Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper. Oslo: TANO.

Skjørshammer, Morten, Asbjørn Kaasa y Stephen Collett (1987): Lokalsamfunn og utvikling. Om prosjektarbeid i den tredje verden. Oslo: TANO.

Skjøtskift, Svein (2002): Bakgrunnsmateriale for kurs om dobbeltdiagnoser. www.rop.no (ver «Bakgrunnsmateriale» en el menú a la izquierda). (20.03.06).

Skårderud, Finn (2000): Sterk/svak. Håndboken om spiseforstyrrelser. Oslo: Aschehoug.

Skårderud, Haugsgjerd y Stanicke (2010): Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Snoek, Jannike Engelstad, y Knut Engedal (2000/2004): Psykiatri. Kunnskap, forståelse, utfordringer. Oslo: Akribe.

Sortland, Kjersti (1997): Ernæring – mer enn mat og drikke. Bergen: Fagbokforlaget.

Sosial- og helsedepartementet (2000): «Regjeringens strategiplan mot spiseforstyrrelser». Pressemelding nr. 36, 04.03.2000.

<http://odin.dep.no/odinarkiv/norsk/nedlagt/shd/2000/presse/030001-070006/dok-bn.html> (20.03.06).

Sosial- og helsedirektoratet (2006): «ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer». 10ma revisión.

Soyka, M. et al. (1993): «Prevalence of alcohol and drugs abuse in schizophrenic inpatients.» European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 242, no. 6, pp. 263–372.

Stang, Ingunn (1998): Makt og bemyndigelse. Om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor. Oslo: Universitetsforlaget.

Statens helsetilsyn (2000): «Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling». Utredningsserie 9-2000. Versión digital: www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/utredningsserien/schizofreni_kliniske_retningslinjer_utredning_behandling_ik-2726.pdf (20.03.06).

St.meld. nr. 35 (1994–95): »Velferdsmeldingen». Sosial- og helsedepartementet 1995.

St.meld. nr. 25 (1996–97): «Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene». Sosial- og helsedepartementet 1997.

St.prp. nr. 63 (1997–98): «Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006». Sosial- og helsedepartementet 1998.

Strand, Liv (1992): Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Strømgren, Erik (1964): Psykiatri. København: Munksgaard.

Storm, M. (2009): «Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid». Oslo: Gyldendal akademisk

Sæland, Mone (2000): «Mat på livets skyggeside. En undersøkelse av Frelsesarmeens mattilbud». Informe sin publicar. Stabekk: Høgskolen i Akershus.

Tallaksen, Dag Willy (1994): Menn i sykepleien: En studie av mannlige sykepleieres deltagelse i et tradisjonelt kvinneyrke. Hovedoppgave. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleie- vitenskap.

Tellervo, Jorit (2004) (ed.): Selvmord blant gamle mennesker. Myter, viden og forebyggelse. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Thorkildsen E.B (2011): www.se-terapi.no/index.php?site=default/579/588

Thielst, Peter (1994): *Livet forstås baglængs, men må leves forlængs. Historien om Søren Kierkegaard*. København: Gyldendal dansk forlag.

TIPS (Tidlig oppdagelse og behandling av psykoser): www.tips-info.com

Travelbee, Joyce (1971): *Interpersonal aspects of nursing*. USA, Philadelphia: F.A. Davis Company.

Tveiten, S. (2007): «Den vet best hvor skoen trykker ...» Om veiledning i empowerment-prosessen. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Tveiten, S., Haukland M. y Onstad F.O. (2011): «The patient's voice-empowerment in a psychiatric context». *Vård i Norden* 3/2011. Publ. No. 101 Vol. 31 No. 3 pp. 20–24.

Tverrfaglig gruppe, Psykiatri Fonden (1997): *Skizofreni*. København: Psykiatrifondens Forlag.

Vatne, Solfrid (2003): *Korrigerer og anerkjennelse. Sykepleierens rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingsspost*. Oslo: Universitetet i Oslo.

Vivat (2001): *Førstehjelp ved selvmordsfare*. Bok til kurs med samme navn. Ver <http://www.unn.no/vivat>

Vråle, Gry Bruland (2000): *Møte med det selvmordstruede menneske*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Værøy, Henning, y Mette Garvoll Værøy (ed.) (2004): *Nevropsykiatri (2nda edición)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Watzlawick, Paul, Janet Beavin Bavelas y Don D. Jackson (1967): *Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton.

Weihe, Hans-Jørgen Wallin (1997): Relasjonsarbeid og kommunikasjon. Oslo: Tano Aschehoug.

Weisæth, Lars y Odd Steffen Dalgard (ed.) (2000): Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk.

WHO (sin fecha): Depression.

WHO (2002). The world report on violence and health. Extraído de www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/ y www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ (20.03.06).

Wilson, Holly Skodol y Carol Ren Kneisl (1979 y 1997): Psychiatric Nursing. Addison-Wesley Nursing, Menlo Park.

Yde, Else Steenbuch (2002): Pas godt på min far. Om demens med kærlig hilsen. Snedsted, Danmark: Zalamaca.

Sitios de Internet:

<http://psykiskhelsearbeid.no/content/735/Empowerment-i-detalj>

<http://bshas.wordpress.com/2008/02/14/noen-lenker-til-beretning-smith-hald/>

El libro está dividido en tres partes. La primera parte contiene una breve introducción donde se discuten los fundamentos éticos, la interacción interdisciplinaria y las diferentes formas de ver los trastornos mentales. La segunda parte cubre los trastornos mentales más comunes y a través de historias se narra como puede resultar la experiencia y el padecimiento de dichos trastornos desde el punto de vista de los propios sujetos. Esta misma perspectiva se utiliza en el encuentro entre los profesionales de la salud y los pacientes. Sí bien se proporciona conocimiento factual sobre los trastornos, la intención principal es invitar a la reflexión acerca de situaciones complejas y explorar cómo éstas son vividas por los diferentes protagonistas. En la tercera parte se ponen de relieve la vigencia de los derechos humanos, la comunicación y la terapia de ambiente.

Los textos del libro se complementan con imágenes de arte en la esperanza de que puedan ser una fuente de inspiración para la reflexión que también es fomentada al final de cada capítulo, con la presentación de varios ejercicios que invitarán al lector a pensar sobre los contenidos del libro desde su propia perspectiva.

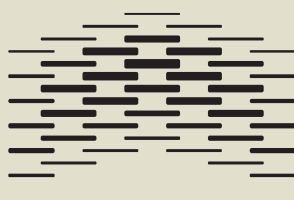
Con todo, Nudos mentales quiere ser una introducción y una base para la búsqueda y actualización continua de conocimientos en el área de la salud mental.



URACCAN
Universidad de las Regiones Autónomas
de la Costa Caribe Nicaragüense



**SØR-TRØNDELAG
UNIVERSITY COLLEGE**



**OSLO AND AKERSHUS
UNIVERSITY COLLEGE
OF APPLIED SCIENCES**

