



Nº 241

USUARIO / FAMILIA: DOS PARTES DE UN TODO

EL ROL DEL PSICÓLOGO FRENTE A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Conferencia de la Lic. Ana María Rollano 6/10/2010

Ante esta patología debemos tener en cuenta tanto a la persona que la padece, como el efecto que la misma produce en el grupo familiar. La forma en que el grupo pueda comprender y aceptar la realidad que enfrenta, va a tener una relación directa con la evolución del paciente y con la calidad de vida de la familia.

EI TRATO CON EL USUARIO

- La escucha.

No solamente se da a través de la palabra, sino a través de la mirada, un gesto, un dibujo, una canción, hasta que se va creando un vínculo de confianza.

- El vínculo.

Debe ser formado sin preconceptos, ya que cada uno de ellos llega con un bagaje diferente y con particularidades únicas.

Tener siempre una actitud de respeto y no pensar que el saber está de nuestro lado: El paciente es quien más nos puede enseñar acerca de si mismo.

Acompañar tanto en los momentos de angustia como en los momentos de felicidad ante determinados logros.

Es indispensable estar disponible para el paciente. Un profesional que no está disponible, que no da el teléfono para ser localizado, no se puede dedicar a patologías severas.

El sentir la voz a través del teléfono de alguien con quien se ha alcanzado una buena transferencia, que se siente como un vínculo seguro, ayuda en los momentos de ansiedad, de angustia, y cuando necesitan poder transmitir algo bueno. Muchas veces la importancia no está en el contenido de lo que se dice sino **confirmar que uno está disponible para ellos**

Colaborar en la resolución de los pequeños pero para ellos grandes problemas cotidianos.

Organizar un horario, ayudar a tomar una decisión entre opciones que para ellos son de vital importancia.

Ayudar a sobrellevar frustraciones que lamentablemente se producen con mucha frecuencia.

Trabajar firmemente la adhesión al tratamiento y la importancia de la medicación. Indagar acerca de sus potencialidades y ayudar en ese descubrimiento, acompañándolos en su elección **sin forzar ni poner sobre él nuestras expectativas o nuestros tiempos que seguramente no son los mismos.**

Trabajar la posibilidad de desarrollarse a partir de sus propios recursos.

Es compromiso de los profesionales trabajar con recursos creativos que denoten plasticidad a la hora de establecer la estrategia a utilizar. **Para lograrlo es fundamental aceptar las diferencias.**

LAS FAMILIAS

Es importante remontarnos a la historia, para saber como fue variando el lugar de la familia en el cuidado y tratamiento del paciente. Desde pensar a la familia como responsable directa de la enfermedad, alejándola hasta ser una espectadora pasiva frente al indescifrable discurso médico, a la actualidad en la que los que trabajamos con este enfoque la consideramos una de las **bases imprescindibles para el tratamiento efectivo.**

Si pensamos tanto en la forma de transmitir el diagnóstico como en la omisión del mismo, ya se está posicionando a la familia.

Muchas veces se pierden años irrecuperables antes de comenzar a trabajar con ellas.

La falta de información impide entender, comprender y comenzar a procesar la situación.

Ante el diagnóstico, generalmente los familiares permanecen en una primera instancia sumidos en el aturdimiento.

Se observan entonces:

Situaciones de sobreprotección y dependencia en el trato

Marcada tendencia al aislamiento.

Dificultades en los grupos de pertenencia.

Pasividad.

Todas estas características son compatibles con una neurosis traumática familiar, que deberá ser trabajada en el contexto del tratamiento.

En general las familias con un integrante que padece patología psicótica, se encuentran sumidas en una problemática de desvalimiento ante la inoperancia de las propias fuerzas para enfrentar la enfermedad que se impone.

La desvitalización que se produce lleva a la imposibilidad de utilizar la energía en proyectos futuros, quedando la familia en un presente permanente y angustioso o anclada en un pasado que no vuelve.

Es necesario que el equipo de salud proponga líneas de acción más efectivas que tengan en cuenta la problemática completa, **que en la mayoría de los casos, no se produce.**

Es fundamental elaborar estrategias que acrediten la participación familiar, mejorando su capacidad adaptativa frente a las situaciones de crisis y de cronicidad.

Los profesionales somos el primer nexo entre la familia que sufre y la enfermedad, constituyéndonos en la figura indicada para la prescripción del tratamiento y su sostenimiento a largo plazo.

Para esto la relación y el intercambio con el paciente y su familia debe ser completamente fluido. Debemos colaborar con la creación de un ambiente familiar y social que favorezca la recuperación del paciente apostando a su futura reinserción.

Cómo lo hacemos, a través de la escucha y la psicoeducación.

QUE ES LA PSICOEDUCACION:

Un conjunto de técnicas comunicacionales y psicoterapéuticas que sirven para enseñar a familiares y pacientes acerca de su padecimiento y formas de aliviarlo.

Este enfoque nace en la década del 50 cuando George Brown, antropólogo del Instituto de Psiquiatría de Londres, se preguntó por qué los pacientes esquizofrénicos que eran externados recaían con más frecuencia cuando regresaban a sus hogares que cuando eran ubicados en casas de medio camino.

A partir de esta observación se propuso investigar qué componente del ambiente familiar estaba en juego en la propensión a la recaída.

Diseñó entonces un instrumento para evaluar y medir los componentes emocionales en la interacción entre el paciente y su familia.

Entre las diferentes emociones que estudió Brown encontró una correlación importante entre la tasa de recaídas y la expresión de ciertas actitudes por parte de la familia en particular:

La actitud crítica.

La sobre involucración

Es de destacar que el 70 % de las críticas se centraba en los *síntomas negativos* como apatía, retraimiento y falta de afecto, mientras que sólo el 30 % eran contra los *síntomas positivos*, como el delirio y la alucinación.

O sea, que los pacientes eran criticados por las conductas que no eran reconocidas por la familia como parte de la enfermedad.

La *sobreinvolucración* se evaluaba cuando los familiares mostraban conductas que podían ser:

- 1- De excesiva protección o de resistencia a conductas independientes del paciente ej. Salir solo.
- 2- Conductas intrusivas inadecuadas para su edad, como controlarlo durante el baño.
- 3- Excesiva reacción emocional frente a los problemas del enfermo.
- 4- Actitudes de auto-sacrificio o excesiva dedicación.
- 5- Falta de discriminación entre los estados emocionales internos del familiar y del paciente.

Al cuantificar la *emoción expresada* de las familias, se las dividió en las de alta y baja expresión emocional.

A los nueve meses de ser externados, los pacientes con familia de *expresión emocional alta* habían recaído en un 75 % mientras que los que volvieron a hogares con *expresión emocional baja* sólo habían recaído en un 25 %.

Se predijo (con precisión poco habitual en nuestra disciplina) qué pacientes se iban a rebrotar en base al estudio de las actitudes de la familia.

Es imprescindible tener en cuenta que estos pacientes son sumamente sensibles. Su percepción les permite registrar cada mínimo detalle que pueda resultarnos imperceptible y la hostilidad les hiere profundamente dada su estructuración frágil y su gran vulnerabilidad. La sensación de rechazo los hunde en un mayor desamparo.

Un ambiente hostil no es propicio para mejorar, **para eso necesita amor y comprensión.**

Así comienzan a surgir diferentes modelos de *psicoeducación*

Para el usuario

Para la familia

De familia a familia

CON LOS SIGUIENTE OBJETIVOS:

- 1- Reducir la *emoción expresada* (crítica y sobreinvolucración)
- 2- Proporcionar información sobre la enfermedad y la importancia de la medicación
 - Conocer los síntomas
 - Conductas a tener en cuenta en el hogar
 - Que hacer frente a una crisis
 - Durante la crisis
- 3- Capacitar a las familias para una mejor solución de problemas
- 4- Mejorar la comunicación
- 5- Expandir las redes sociales
- 6- Incentivar la práctica de la paciencia, ya que **los tiempos son lentos y los cambios aparecen poco a poco.**

Educando al paciente y a la familia sobre la enfermedad se logrará tratar los problemas en la relación cotidiana y encontrar las estrategias adecuadas ante las dificultades.

Diferentes sentimientos en los componentes familiares, especialmente entre lo que sienten los padres a lo que sienten los hermanos

En los padres :

Desazón, miedo, vergüenza, desilusión y posteriormente sentimiento de culpa.

Ambivalencia afectiva entre sentimientos de amor y de hostilidad, **que por ser un sentimiento universal es muy importante tenerlo presente para que no nos asusten.**

EXPERIENCIAS QUE SURGEN DEL GRUPO DE HERMANOS EN APEF

(COORDINADO POR LA LIC. ANA MARÍA ROLLANO)

Los sentimientos básicos de los hermanos son similares a los del resto de la familia, aunque las respuestas emocionales son diferentes.

Menos sobre -involucración, sí pueden ser sumamente críticos.

Su primera sensación es que *la vida normal desaparece* y afloran sentimientos de:

- Miedo, a desarrollar ellos mismos la enfermedad.
- Vergüenza, ante los amigos, vecinos, familias políticas por el temor a ser estigmatizados.
- Celos, por las atenciones que el hermano recibe.
- Enojo, por el descuido al que muchas veces son sometidos, por la impunidad que creen que el hermano tiene, **y por el peso de saber que inevitablemente en algún momento tendrán que hacerse cargo del enfermo.**

Angustia, aislamiento, disgregación familiar, son componentes infaltables en los relatos.

Tener en cuenta la situación de los hermanos y brindarles un grupo de aprendizaje, contención e intercambio permite:

- contar con su participación en el armado de la red familiar, que como bien sabemos es otra de las bases del tratamiento efectivo.
- ayudarlos a encontrar respuestas en el plano individual a interrogantes y sentimientos contradictorios.
- hay una buena voluntad hacia el paciente, pero presentan gran dificultad para canalizarla en acciones efectivas.

En las reuniones se plantean temas existenciales y situaciones cotidianas que se trabajan entre los participantes.

Es a través de la *psicoeducación* que los hermanos aprenden sobre la enfermedad, a reconocer los síntomas, como actuar frente a ellos, a entender lo que está pasando, a manejarse con expectativas realistas.

Se produce una toma de conciencia de la necesidad de cuidarse a sí mismo, y atender las propias necesidades.

Estas habilidades adquiridas les permitirán afrontar con mejores resultados las situaciones que se van presentando.

El primer deseo que surge es que todo vuelva a la "*normalidad*", el punto más difícil de aceptar **es que ya nada va a ser igual.**

Los hermanos realizan esfuerzos adaptativos muy grandes y es fundamental valorizar los mismos!!

Nuestro objetivo es:

- Brindarles Información, comprensión y aceptación para preservar la armonía familiar y alcanzar nuevos equilibrios.

Como psicólogos es de suma importancia evaluar nosotros qué nos sucede frente a la realidad clínica que nos convoca, conocer acerca de la propia tolerancia para escuchar a las familias y a los pacientes, conocer las posibilidades y limitaciones que tenemos para contener al que sufre.

La participación activa de los pacientes y familiares va a estar en gran parte determinada por sentirse contenidos y escuchados para poder:

- Dejar de ser esclavo de la enfermedad
- Ponerle un límite, acotarla
- Poder disfrutar de los momentos disfrutables
- Recuperar la vida de cada uno de los integrantes de la familia.
- Preocuparse por el futuro pero saber que también hay un presente.

La persona y la familia ya no son las mismas pero se pueden alcanzar nuevos equilibrios.

Nuestro trabajo como psicólogos es acercarlos al mayor objetivo:

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL USUARIO Y LA FAMILIA FRENTE A ESTA REALIDAD.