



Aportes desde la Psicoeducación al Tratamiento de la Enfermedad Mental

Francisco Muraca

Recibido: Mayo 2019 – Aceptado: Junio 2019



francisco.muraca@uai.edu.ar

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
Universidad Abierta Interamericana | Sede Rosario

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue realizado entre los años 2015 y 2018 en el marco de un plan trienal de investigación llevado a cabo en la Universidad Abierta Interamericana sede regional Rosario, Santa Fe, Argentina; el mismo aborda la problemática de la psicoeducación en el tratamiento de la enfermedad mental.

La Organización Mundial de la Salud en su informe emitido en el 2001 reporta que más de 450 millones de personas en todo el mundo padecen

en algún momento de su vida algún tipo de perturbación mental y neurológica, con inclusión de las relacionadas con el abuso de sustancias, lo que hace de los trastornos mentales una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Se estima que a nivel mundial del 1% al 2% de la población padece esquizofrenia. Alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales. En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento. Estas familias no sólo proporcionan apoyo físico y emocional, sino que soportan las consecuencias negativas de la estigmatización y la discriminación.

La salud mental no es garantía de nadie. Antes o después nos encontraremos en situaciones donde la medicación sea una cuestión de vital importancia, ya sea como profesionales, familiares, amigos o pacientes. Es alarmante que lleguen pacientes que han decidido suspender su tratamiento o regularse ellos mismos las dosis sin avisar a su médico. En su mayoría son los familiares los que, llevados por muy buenas intenciones pero con mucho desconocimiento, apoyan esta situación. Hay que ser prudentes y dejar a un lado las opiniones subjetivas. Para ellos, en una situación tan delicada, la familia es su sustento y apoyo, sus opiniones son fundamentales, deben estar basadas en información ya que es la salud mental la que está en juego. Los psicólogos tienen entre sus competencias saber de psicofarmacología, pues en algunas psicoterapias se necesita de los psicofármacos para superar cierta "barrera" sintomatológica, y en estos casos es fundamental que como psicólogos estén en comunicación con el psiquiatra, pero la medicación tiene que estar siempre prescrita por un médico, habitualmente psiquiatra o de atención primaria, ya que estos últimos tienen cierta práctica en algunas enfermedades mentales menores.

Es el psiquiatra quien individualizará cada tratamiento, tanto en la elección de los psicofármacos como en la dosificación, para adaptarlo mejor a las necesidades del

paciente. Por ello, los pacientes necesitan saber transmitir sus necesidades, molestias e incluso sugerencias que, a veces, no resulta sencillo. Es importante que al menos la primera visita fuese con un familiar o amigo muy cercano ya que es normal que lleguemos alterados o con un estado de ánimo que nos entorpezca la recepción de la información que se proporcione. El hecho de no seguir las indicaciones o, peor aún, suspender los tratamientos por cuenta propia lo que hace es incrementar el riesgo de empeorar y, en algunos casos, desarrollar otras patologías. Si se cuenta con la información necesaria y se mantiene una comunicación constante con el médico, se tendrá mayor control sobre el tratamiento y se incrementará la probabilidad de éxito. En la presente comunicación, con el objetivo de mejorar la comprensión en el uso de algo tan relevante en la vida de un enfermo mental como son los psicofármacos, se ha rescatado y sintetizado la experiencia realizada.

PSICOEDUCACIÓN

La psicoeducación se plantea como un modelo de intervención en el tratamiento integral de las enfermedades mentales. Se encuentra en el marco de los modelos multicausales de enfermedad, encabezados en psiquiatría por el modelo de vulnerabilidad - estrés (la facilidad para sufrir una enfermedad, si se dan las condiciones precisas para que aparezca). Este modelo plantea como factores de vulnerabilidad los elementos genéticos, bioquímicos y cognitivos, además de los sucesos estresantes contingentes que se puedan presentar en la vida cotidiana y que pueden ser de difícil resolución para el individuo. Por lo general, los trastornos frecuentemente responsables de discapacidades importantes son los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia. Los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales son la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno socio familiar.

George Brown⁽¹⁹⁷²⁾, acuñó el concepto de Emoción Expresada en base a la observación de la interacción de familias en la que alguno de sus miembros presenta un cuadro diagnosticado de esquizofrenia. El autor, a partir de sus observaciones, afirma: "En tanto más intolerantes, sobre involucrados, hostiles y críticos son los familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos" (Muela J, & Godoy J., 1997), lo que supone haber localizado elementos para determinar patrones de comportamiento específicos entre familiares y enfermo que están involucrados en la recaída y agravamiento de los signos y síntomas de la enfermedad. Uno de los principales objetivos de este modelo es disminuir la carga que el enfermo representa para su familia. Una vez localizados dichos comportamientos y articulados como patrones, se propone su intervención para modificarlos y cambiar sus efectos, lo que supone como resultado la disminución del número de recaídas del enfermo.

El concepto de psicoeducación podría definirse como la aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de una paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (Díaz J, González E, & Varela C. 2001; Muela J, & Godoy J, 2006). Es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (Anderson C, Douglas R, & Hogarty G. 1988). En síntesis, la psicoeducación procura establecer en los familiares los siguientes principios: el trastorno es una enfermedad cerebral; lo imprescindible del seguimiento farmacológico; el involucramiento de la familia como el principal agente rehabilitador, procurando que en el hogar se mantenga una temperatura emocional tibia, buscando que los familiares tengan una forma de comportamiento basada en la información proporcionada, lo que favorecería una baja en el nivel de exigencias al enfermo al permitirle la libre expresión, facilitando la reinserción al medio social. (Parrado C, Aguado J, & Pérez C., 1988). Todas las modalidades psicoeducativas comparten tres aspectos:

1. ayuda a los familiares del paciente
2. reconocimiento de que el ambiente no está implicado en la etiología, y
3. reforzamiento de habilidades y competencias de los familiares.

Psicoeducación familiar: consiste en proporcionar información, explicar y estimular conductas de afrontamiento con el fin de que la familia pueda relacionarse mejor con su familiar logrando que se mantenga en el mejor estado posible. Se proponen cuatro etapas del tratamiento: a) involucramiento familiar, b) información y orientación, c) entrenamiento en la solución de problemas, y d) facilitación de la rehabilitación social y vocacional del paciente. La combinación de farmacología moderna con técnicas de psicoeducación, han demostrado ser determinantes en la evolución de estos pacientes.

OBJETIVOS

General:

Explorar los aspectos vinculados a la Psicoeducación que favorecen la adherencia al tratamiento de las personas que padecen enfermedades mentales.

Específicos:

- a) Identificar las creencias con respecto al tratamiento y la enfermedad en pacientes que padecen enfermedades mentales.
- b) Analizar el conocimiento sobre los medicamentos, sus efectos secundarios, adversos e interacciones con otras sustancias.
- c) Especificar las percepciones de la relación paciente-equipo de salud.
- d) Caracterizar los factores protectores de la salud que presentan los pacientes en función de su estilo de vida.
- e) Evaluar el rol del apoyo familiar en el cumplimiento del tratamiento.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: El enfoque elegido para esta investigación es el cualitativo por entender que permite un abordaje reflexivo de la complejidad de la temática. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo, de fuentes primarias, ya que se focalizará en la caracterización de todas las actividades de Psicoeducación que pueden favorecer la adherencia al tratamiento en las enfermedades mentales.

Participantes: Se trabajará con un grupo de pacientes del Gran Rosario con patologías no psiquiátricas, medicados con psicofármacos. Se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas: se garantizó anonimato y voluntariedad en participar.

Criterios de selección:

- Que sean derivados por psiquiatras seleccionados por disponibilidad.
- Que no posean patologías psiquiátricas severas, siendo conscientes del tratamiento y conservando su autonomía.
- Que sean mayores de edad.
- Que acepten participar.

Al seguir el criterio de la selección de los participantes sigue una lógica intensiva, se trabaja con la cantidad de participantes que garanticen variabilidad y heterogeneidad de perspectivas, hasta saturación de información.

Técnicas de recolección de datos:

Entrevistas sobre:

- Creencias con respecto al tratamiento y la enfermedad en pacientes con enfermedad mental.
- Conocimiento sobre los medicamentos, sus efectos secundarios, adversos e interacciones con otras sustancias.
- Percepciones acerca de la relación paciente-equipo de salud.
- Factores protectores de la salud que presentan los pacientes en función de su estilo de vida.
- Rol del apoyo familiar en el cumplimiento del tratamiento.

Plan de análisis:

El plan de análisis se realizó a partir de los datos narrativos obtenidos de las entrevistas que posibilitaron desarrollar el siguiente esquema de interpretación:

- Lectura del material para la construcción de categorías con temas o regularidades recurrentes.
- Relectura para la identificación de los aspectos contrastantes o diferentes.
- Organización en patrones preliminares e interrelacionales.
- Articulación entre los datos.
- Interpretación de los datos en función de las conceptualizaciones teóricas y el material bibliográfico que conforman el marco teórico y los antecedentes de la investigación.

OBSERVACIONES DE LA EXPERIENCIA:

Son personas muy sensibles al ambiente y a las circunstancias y sufren desmedidamente a causa de un posible abandono real o imaginario. Tienen miedo a estar solos y tener que asumir una mayor responsabilidad con respecto a ellos mismos y a la vida. Por lo tanto realizan esfuerzos fuera de lo normal para evitar esta situación. El tipo de relación que entablan es intensa e inestable y pueden pasar de un momento a otro de catalogar a alguien como excelente y amarlo, a odiarlo y despreciarlo. La inestabilidad también se adjudica a la gran fluctuación de sus estados de ánimo. Pueden tener un tipo de ánimo básico disfórico que suelen alternarse con períodos de ira, desesperación o angustia. Puede aparecer una sensación de bienestar que prontamente desaparece. Tienen arranques de ira con explosiones verbales, sarcasmo exacerbado y amargura. Esto es seguido de sentimientos de culpabilidad. En cuanto a la autoimagen se pueden dar cambios bruscos tanto en valores, opiniones, así como en objetivos de vida. Es habitual que se perciban ellos mismos como perversos o desgraciados, pero también pueden tener el sentimiento de inexistencia. Esto aparece cuando no encuentran relaciones significativas que los sostengan. Están viviendo momentos de miedo y confusión por lo que es imprescindible ser claro y brindar información pertinente conforme al nivel sociocultural. Nos parece interesante ampliar la perspectiva hacia formas de psicoeducación más horizontales, colaborativas y de fomento de la autorresponsabilidad, el autocuidado y la génesis de grupos de autoayuda. También la alternativa de combinar la conversación psicoeducativa con otras modalidades de intervención grupal.

RESULTADOS:

Los resultados muestran con relación a las creencias erróneas en torno a la etiología, los factores de riesgo, el tratamiento de la enfermedad mental y la información distorsionada constituye una de las principales barreras para que las personas adopten comportamientos saludables. Tienen la característica de estar enmarcadas en un modelo psicoeducativo vertical en donde un profesional "experto", educa a pacientes "no expertos" en el manejo de su enfermedad, lo cual es concordante con el modelo médico de intervención. La experiencia acumulada muestra que la medicación por sí misma no es suficiente para lograr la mejoría deseada en estos pacientes. Se observa que hasta un 60% de los pacientes bipolares experimentan una recaída en el período de 2 años siguientes a un episodio agudo; entre un 30 y 60% de los pacientes no logra recuperar totalmente el funcionamiento social y ocupacional después de haber padecido la sintomatología de este trastorno debido, probablemente, a una merma en el funcionamiento neuropsicológico, aún en los períodos de eutimia. Los individuos con este trastorno son parte de familias con carácter impulsivo en donde se dan conflictos, prima la ausencia de límites claros entre los integrantes y entre cada subsistema. Es común que las familias actúen de manera sobre protectora con el paciente y a su vez nieguen la enfermedad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Mejorar la comunicación está en la base de este abordaje, interviniendo en esta trama y modificando maneras inadecuadas para promover una forma de relacionamiento más sana del paciente y su familia, desarrollando nuevas formas de intercambio. En un nuevo contexto emergerán nuevas formas de comunicación. Una familia más saludable dará lugar a una persona más saludable. Con conocimiento del trastorno tanto la familia como el paciente podrán manejar mejor la situación y aliviar la carga que conlleva este diagnóstico sin olvidar que mejorará la calidad de vida de todos y habilitará la creación de nuevas formas de relacionamiento. El abordaje debe ser diseñado en base al paciente y no centrándose en los trastornos para luego ir a la persona. No consideramos pertinente hacer una intervención de corte psicodinámico debido a las regresiones que puede sufrir el paciente y vínculos de tipo perjudicial que puede generar con el terapeuta, al menos en un principio. El trabajo con la familia de corte sistémico y una terapia individual (que puede ser psicodinámica si se dan las condiciones en algún momento) para fomentar el autoconocimiento nos parece lo más adecuado. Consideramos necesario un trabajo psicoeducativo tanto para la familia como para el paciente. El trabajo psicoeducativo y terapéutico con la familia tiene como objetivo proporcionar información acerca de la enfermedad, modificar las conductas familiares, apoyo en situación de crisis, competencias para mejorar la comunicación con el paciente y el aprendizaje de habilidades para resolver problemas, así como el afrontamiento de conflictos. La integración de la familia permite que haya un empoderamiento de lo que están viviendo y de tomar la intervención como un espacio de todos y no del y por el paciente. La familia se debe sentir apoyada y comprendida para facilitar una buena alianza que evite el abandono y la resistencia al tratamiento. Luego de evaluar y delimitar el problema así como brindar una adecuada psicoeducación es recomendable comenzar con el trabajo familiar. Todos los miembros relevantes para el paciente deben intervenir. Se debe trabajar en la renegociación de los significados y promover la apertura de mitos que permitan el crecimiento de la familia. Es indispensable trabajar las respuestas familiares a los comportamientos del paciente y elaborar métodos más adecuados y sanos para todos. Desde el modelo médico de enseñanza vertical se debería transitar necesariamente hacia un modelo de autoeducación y auto perfeccionamiento permanente del paciente, su familia y su comunidad respecto del control de su enfermedad, con el fin de lograr autonomía e independencia. Sin olvidar el sufrimiento familiar que provoca la enfermedad, una adecuada información, contención, acompañamiento y herramientas que faciliten la convivencia serán el mejor recurso. Es por esto que aunque el presente trabajo propone como intervención adecuada la de enfoque sistémico familiar considerando importante la mirada psicodinámica del individuo con esta patología. Se propone para mejorar estas intervenciones en psicoeducación las siguientes sugerencias:

- Incrementar recursos profesionales y horas disponibles exclusivamente para esta actividad.
- Capacitar a los equipos en la forma de llevar a cabo estas acciones.
- Contar con material escrito de buena calidad para los pacientes y sus familiares.
- Diseñar y estructurar programas específicos de psicoeducación que puedan ser perdurables y evaluables en el tiempo.
- Realizar posteriores investigaciones sobre la relación entre satisfacción con la información recibida de los medicamentos y la adherencia tomando en cuenta variables como calidad de vida o nivel socioeconómico.
- Efectuar trabajos con grupos controles que permitieran medir el impacto de estas intervenciones.

Esto puede significar en el futuro una descompresión de los servicios de asistencia sanitaria al contar con pacientes autoresponsables y autoeficaces en el control permanente de su patología, enriqueciendo la conceptualización de los casos, optimizando las estrategias de tratamiento, incrementándose los niveles de motivación para cumplir citas médicas y adquirir mayor responsabilidad en el manejo de los medicamentos y de los cambios en el estilo de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) ALBARRÁN LEDEZMA, A J; MACÍAS TERRIQUEZ, M A; (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*, IX 118-124.
- (2) ANDERSON C, DOUGLAS R, & HOGARTY G. (1988) *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (3) DÍAZ J, GONZÁLEZ E, & VARELA C. *Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. Psicoeducación. Modelos para esquizofrenia, depresión, trastorno por déficit de atención, trastornos de la alimentación*. Libro 6. México. Pfizer. 2001.
- (4) FERNÁNDEZ, C., FOMBELLIDA, C., Y HERRERO, J. (2005) Evaluación de un programa de intervención familiar en pacientes psicóticos y con trastornos graves de la personalidad. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34, 94, 7-18.
- (5) MEICHENBAUM, D. & TURK, D. C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- (6) MUELA J, & GODOY J. El estrés crónico en la esquizofrenia: La emoción expresada, 1997. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/amuelj9391302101/> html Al 15 de Noviembre de 2006.
- (7) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003). Adherence to long term therapies: evidence for action.
- (8) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción.
- (9) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005). Prevención de las enfermedades crónicas: Una inversión vital.
- (10) PARRADO C, AGUADO J, & PÉREZ C. "¿Qué es la enfermedad mental?" en: Martín Vargas, Carmen Parrado, Mercedes López (Coordinadores). *Escuela de familias. Guía psicoeducativa para familiares de enfermos psicóticos*. Valladolid. Universidad de Valladolid: 1998. 13- 28.
- (11) RODRÍGUEZ, L., Y PELÁEZ, J. (2013). Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción psicológica*, 10, 1, 75-84.
- (12) UNDURRAGA INFANTE, C., (2007). *Cómo aprenden los adultos: Una mirada psicoeducativa*. Chile. Ed. Universidad Católica de Chile.