

COLABORACIÓN ESPECIAL

La Sección de colaboraciones especiales pretende ser un espacio de encuentros en el que podamos dar cabida a otros temas y aspectos de la atención sanitaria, a los que la SEEUE no puede ser ajena, en virtud de su consideración holística de que *todo lo que afecte al ser humano debe ser objeto de nuestra atención*.

En nuestro deseo de conformar una Sociedad abierta, plural y comprometida que –sin perder sus esencias–, acoga y proyecte las diversas visiones que sobre el *universo sanitario* proyectan expertos de cualquier profesión o área del conocimiento; abrimos nuestras páginas a este enriquecimiento formativo que nos pueda llevar a ser mejores profesionales y por mejores profesionales: mejores personas.

PROCESO DE AYUDA ANTE UNA CRISIS: CAMBIO E INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA SISTÉMICA.

AUTORES:

Antonio León Maqueda. María José Blanco-Morales Limones. Psicólogos Clínicos.
Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil del Hospital Universitario “Virgen Macarena”. Sevilla.
Servicio Andaluz de Salud.

RESUMEN:

Los autores hacen referencia a la importancia de establecer una visión sistémica de la situación de crisis para hallar elementos de alianza significativos que permitan establecer estrategias para iniciar un cambio estructural. Diferencian “crisis” de “urgencia”.

PALABRAS CLAVES: Terapia sistémica, urgencia, intervención en crisis, salud mental.

Summary: In this article the authors have looked at the importance of establishing a systemic overview of a crisis situation. By establishing this overview it is possible to find significant linking elements which permit the establishment of strategies which in turn can help create a structural change. The difference between crisis and emergency is highlighted. In this article crisis is seen as an opportunity for any system to face changes.

Key words: Systemic therapy, emergency, crisis intervention, mental health.

INTRODUCCIÓN.

Para poder iniciar este artículo, permítannos narrarles una historia. Sucedió en un país africano, no es de interés el nombre, podría haber ocurrido en cualquier país. Un grupo de ayuda de una Organización Internacional, en una de sus inspecciones a un área deprimida, descubrió que había un poblado en el que las mujeres debía cargar con pesadas cantaras, del orden de 10 kilómetros. El pozo más cercano a la aldea estaba en aquella distancia. Las mujeres debían andar unos 20 kilómetros diarios, diez de ellos con una pesada carga. Los miembros del grupo de ayuda de la Organización Internacional, propusieron una solución, que les pareció bastante oportuna: construir un pozo artesiano cerca de la aldea, así se evitaría las mujeres el tener que andar diariamente ese largo camino.

Las obras costaron un precio considerable, la región era árida y hubo que profundizar bastante hasta conseguir localizar agua subterránea, pero se estimó que la labor que iba a cubrir merecía la pena. Se les mostró a la población el pozo y los técnicos quedaron satisfechos del resultado de la operación y entregaron el pozo. ¡Por fin había agua abundante y cercana a la aldea!. Meses más tarde una comisión de inspección del proyecto, pasó por el lugar para evaluar los resultados.

Para su sorpresa, el pozo artesiano había sido destruido y cubierto con rocas y arena. Los técnicos de la inspección no entendían la respuesta de los aldeanos. Su asombro fue mayor cuando les fue informado que los responsables del sabotaje no fueron otras que las mujeres de la aldea, precisamente las principales afectadas. Tras una investigación para aclarar lo ocurrido se obtuvo la información siguiente: Las mujeres se sentían molestas porque nadie les había pedido permiso para realizar el cambio, ellas no habían pedido ayuda. Si bien era cierto que sufrían la caminata y la carga, no querían cambiar esta situación, ya que, al crear el pozo cercano a la aldea, ellas habían perdido la función social que les estaba reservada. El cambio, no les había ayudado en su apreciación por parte de la tribu, más bien había empeorado su valor social, ya que los hombres les reprochaban que éstas no eran útiles a la comunidad. Se había generado un cambio para favorecer a quien, primero no lo había solicitado y segundo, sin valorar los efectos que ese cambio traía implícito. O, al menos, no se habían previsto otras salidas que permitiesen mitigar los efectos perniciosos para las mujeres en su labor de acarrear el agua, sin perder su posición social en la tribu.

EL TRATAMIENTO DIRIGIDO AL CAMBIO

Esta historia, puede servir para ejemplificar lo que intentaremos desarrollar en el presente artículo, la importancia de generar espacios previos a lo que se entiende es un contexto de tratamiento (base indiscutible del mismo proceso de tratamiento), de entendimiento mutuo, donde se puedan establecer acuerdos claros y precisos de cara a un tratamiento basado en las necesidades de cambio. El cambio no puede iniciarse desde la única perspectiva del profesional que diagnostica y trata, ha de ser reconocido, sentido y aceptado, por quien nos pide ayuda y, de su entorno, si es necesario contar con éste.

El acuerdo ha de promover que, todos los miembros del sistema terapéutico, en nuestro caso, el/la paciente identificado/a y/o su familia y el/la o los profesionales que están a cargo del tratamiento. Todos, han de participar en la elaboración del plan propuesto para el cambio, dado que, cualquier cambio que se efectúa en un grupo afecta a todos sus miembros (1). Además, es necesario preguntar a todos y cada uno de los miembros del sistema terapéutico si creen necesario el cambio propuesto, y hasta qué límite lo desean o pueden, llevar a cabo. Para ello, es necesario que los profesionales y los miembros de la familia, sepan que los cambios que se solicitan han de ser calibrados ya que, no sólo podemos centrar el cambio en el/la paciente identificado/a, sino en todos los que le rodean.

Resulta difícil, si no imposible, ayudar a alguien si antes no se le ha preguntado por sus necesidades y las dificultades que expresa. No tener en cuenta a la persona que padece una dificultad es, favorecer su dependencia, su creencia en que los cambios han de venir de fuera, consiguiendo con esto lo contrario de lo que se pretende, es decir ayudar a que alguien pueda realizar cambios en sí mismo y/o en su entorno.

Habría que distinguir sobre dos conceptos, que pueden llevar a confusión: emergencia y crisis. Las emergencias se pueden superar aplicando métodos que no requieren excesivos cambios estructurales tanto para el individuo como para su medio, sin embargo, la crisis lleva implícita la necesidad de un cambio estructural que conlleva cambios importantes en la vida del individuo. (Lindenmann 1944) (2). De tal manera que el sujeto se encuentra en una situación donde ciertas pautas de conducta ya no les son útiles y sin embargo no conoce o teme, la instauración de nuevas pautas en su forma de proceder. Es esta situación donde no sirve lo antiguo, pero se teme a lo nuevo, donde se instaura la situación de crisis.

En primer lugar, ha de quedar claro qué es lo que se quiere cambiar y para qué. Es difícil pretender cambiar los hábitos de alguien sin investigar primero su historia y sus circunstancias que, en cierta medida propiciaron la situación actual. La familia no puede pretender que personas extrañas, como somos los profesionales, sepan más que ellos de las dificultades y posibles soluciones para enfrentarlas (3). El cambio no depende exclusivamente del profesional. El profesional puede ayudar a dinamizar el cambio, a señalar las dificultades que se pueden encontrar o aquellas que, sin tener conciencia de ellas, los propios miembros de la familia pueden generar para evitar el cambio propuesto. El profesional puede, en definitiva, ayudarles a analizar qué se ha intentado y en qué fracasó, evitando, pues, entrar en un proceso de *más de lo mismo* y que ya demostró su fracaso y que puede generar el fenómeno descrito por Wtzwilawick y colaboradores, como de profecía autocumplidora (4) , por el cual, los sujetos llegan a una idea de la situación que les impide salir de ésta.

Hemos mitificado demasiado la palabra cambio sin valorar el valor exacto del término y las consecuencias que conlleva. Hemos descubierto en más casos de los que inicialmente imaginamos, que el cambio que se nos proponía al principio del tratamiento, al intentar llevarlo a acuerdos operativos, eran de difícil solución. Hablar de estas dificultades, nos llevaron inevitablemente, junto con las personas que nos habían solicitado iniciar un tratamiento, a cuestionar la idea originaria del y, buscar aspectos que, anteriormente no se habían contemplado y, que eran más viables. A veces nos exigimos una idea de futuro inalcanzable que nos lleva una y otra vez al fracaso y, de nuevo a intentarlo. En este círculo, se van perdiendo fuerza, esperanza y flexibilidad para poder generar soluciones creativas. Se podría pensar “¿Mejor no cambiar nada?” No es este el planteamiento, sino que, la idea de cambio significa una transformación que debemos entender como un esfuerzo y, para ello debemos saber si contamos con las energías necesarias.

Esperar soluciones mágicas de fuera del sistema del individuo y su círculo significativo de relaciones (farmacológicas, de ingreso, de recursos... si bien necesarias en algunos momentos, pero no resolutivas en sí mismas) implica renunciar a poder intervenir en la idea del cambio. Para ello, hay que entender primero cómo el/la paciente y/o su entorno significativo más cercano está favoreciendo que se perpetúe la situación que quiere cambiar. (5)

¿POR QUÉ LA INTERVENCIÓN FAMILIAR?

Desde nuestra visión relacional sistémica, para que cualquier tratamiento sea psicoterapéutico (contexto clínico), o desde otro contexto que no sea clínico y sea solicitado por un paciente o usuario, pueda darse por iniciado, es

importante conocer quien solicita la ayuda, qué petición realiza y para qué la solicita. Con el conocimiento de estas tres vertientes construimos la base de nuestra intervención. ¿Necesariamente familiar?

Desde que aparecieron en los años 50 de la pasada centuria, los primeros estudios sobre las intervenciones en sistemas familiares, se ha ido recabando una información de importantes evidencias sobre los beneficios de las intervenciones familiares en diferentes procesos asistenciales, no sólo en los contextos de salud, sino sociales y de otra índole. (6)

Desde la epistemología sistémica un individuo es resultado de sus interacciones en las que, a su vez participa conformándolas. Las interacciones familiares son, por su naturaleza, de vital importancia en su devenir histórico, de ahí que se solicite la participación de la familia en la ayuda de alguna de las solicitudes, aunque, en ocasiones sean formuladas por un solo miembro de la familia. (Así mismo, esto es indudable cuando, los sujetos de intervención son menores de edad, con dificultades para su autonomía personal, o presentan problemáticas que requieren el concurso de las personas más significativas de su vida).

En no en pocas ocasiones, la petición de tratamiento es presentada por otra persona que no sea el paciente identificado. Por lo que el sufrimiento es del que solicita ayuda, pero no es el portador del síntoma (del problema). En otras, si bien el portador del síntoma es quien solicita, la petición de ayuda, tal y como es formulada, implica la necesidad de colaboración con otros miembros de su familia o colectivo social de referencia.

Si quien solicita ayuda no es el paciente, nos lleva a la siguiente reflexión: ser portador de un síntoma no es condición *sine qua non* para que un sujeto se plantee su abandono, se plantee el cambio. Por lo tanto, una estrategia terapéutica que se centre sólo y exclusivamente en el portador del síntoma, tiene una probabilidad importante de fracaso, ya que el paciente identificado es, dentro del sistema de demanda, el que no percibe la necesidad de cambio. Para ello, la primera intervención ha de ser dirigida no hacia el paciente identificado, sino hacia quien solicita la intervención o ayuda. A partir de establecer una relación de apoyo con esta persona o personas, se podrán ir generando estrategias de acercamiento hacia el paciente identificado.

Si, quien solicita ayuda es el portador del síntoma y, en el análisis de su demanda, en su definición del problema, incorpora a su familia o colectivo social de referencia, es necesaria la cooperación de éstos al proceso, si se quiere tener un mayor nivel de éxito en la intervención. Al mismo tiempo, debemos tener presente que cualquier intento de maniobrar en esta situación requiere, una lectura relacional que conecte la conducta del paciente identificado y su entorno inmediato.

EL OBJETIVO DE CAMBIO:

La familia junto el miembro afectado y, con la ayuda del o los profesionales ha de detectar cual va a ser el primer objetivo a conseguir. Todos han de estar de acuerdo con ello, no puede haber discrepancias. El primer trabajo importante es, pues, llegar a un acuerdo sobre qué se quiere cambiar. Un acuerdo que sea sostenido por todas las partes, evitando el pseudoacuerdo (unas partes piensa en unos términos y otras en otros al llegar al acuerdo). Es absolutamente necesario que todos estén de acuerdo en el sentido que ha de ir el tratamiento, el cambio. Cualquier desavenencia ha de ser discutida para llegar al acuerdo de por dónde empezar a trabajar. Es necesaria también la distribución de tarea de la que ha de hacerse cada uno de los miembros. Este punto es muy importante dado, que si se genera un cambio de espaldas a parte del grupo familiar, podría ocurrir un fenómeno parecido al de las mujeres de la aldea que narramos anteriormente.

Todos los sistemas tienen dos fuerzas antagónicas que les permiten su propio funcionamiento y la posibilidad de crecer. Por un lado la homeostasis, es decir la tendencia a estar en equilibrio (no cambio) y por otro la morfogénesis, o la tendencia hacia el desequilibrio (que posibilita el cambio). Cuando se instaura una intervención de cambio y ésta no es participada por los miembros del sistema, es lógico que aparezca cierta resistencia (homeostasis) a ese cambio que es percibido como peligroso. Este es un punto crucial para cualquier intervención. Si no se tiene en cuenta la posición de partida, las fuerzas homeostáticas harán frustrar cualquier avance en la intervención propuesta.

Quien no participa de un cambio puede resistirse a él, bien por no entenderlo, bien como modo de defensa porque al cambiar todos los miembros su rol en el grupo, el suyo varía y tiende a que todo siga igual que antes, ya que la nueva situación para él es incómoda en cuanto que no le ha sido consultada y la siente ajena. (7)

CONSEGUIR LA COLABORACIÓN DEL PACIENTE Y SU ENTORNO SIGNIFICATIVO:

En las situaciones de cronicidad nos encontramos con la escasa colaboración del paciente. Sin embargo, esta situación de cronicidad viene producida por reiterados mensajes dados al paciente de que se pueden realizar acciones a sus espaldas sin contar con él. Es cierto que en momentos de crisis el paciente ha dado respuestas poco satisfactorias, pero los momentos de crisis pasaron y no se retomaron situaciones de compromiso con él. Nuestra experiencia nos dice que alguien que está instalado en una situación determinada en un grupo, es producto de la interacción él y los

demás. De ahí que, si en un principio queremos iniciar un cambio que va a afectar a la persona que menos ve necesario dicho cambio, el cambio ha de ser promovido por quienes viven la necesidad y potenciar, con su “movimiento”, el del miembro familiar que en un principio se ve menos capaz de iniciar cualquier tendencia dirigida a transformar la situación de conflicto. (8), (9)

Caso.

En el proceso de ingreso de un paciente en la Comunidad Terapéutica (C.T.) para pacientes con diagnóstico de psicosis, derivado por la Unidad de Hospitalización del Hospital de referencia (Hospital Macarena). El paciente manifestó su negativa al ingreso en C.T. aduciendo que donde quería vivir es en casa de su madre, ya que él tenía la sensación que podría morir si se separaba de su madre. Los informes que se emitieron en la derivación hablaban de una señora mayor, viuda y que desesperadamente pedía que se ayudara a atender a su hijo ya que ella no podía, además de la alarma que producían sus continuas disputas en el contexto social cercano.

Cuando se entrevistó a esta señora, se observó que, ante la inminencia del ingreso que tanto había reclamado, manifestó que se “lo tenía que pensar” porque en la C.T. no podía visitar a su hijo diariamente como en el hospital, ya que “mi hijo es el único calor que tengo”. Con esta información, se confirmaba que la dificultad estaba en la relación de ambos, madre e hijo. El primer trabajo fue dirigido hacia la madre a entender su situación socio familiar y restaurar ciertos lazos que le permitieran “compensar” la pérdida. La colaboración no sin esfuerzo de la madre, dejándole claro a su hijo que si no colaboraba, y realizaba cambios en este tratamiento, no le permitiría volver a casa y que tampoco le visitaría en la C.T. hasta que él no pudiera ir por casa, permitió que su hijo ingresase. Para ello el primer cambio, vino de la madre optando por una pequeña variación en el vínculo de relación que mantenía con su hijo. Esta acción de la madre, que la permitirse estar sin su hijo para que éste pueda hacer un tratamiento intensivo, sin invadir el espacio reservado al tratamiento, potenció una nueva realidad en esta relación permitiendo que pudieran aparecer otras perspectivas que anteriormente no se podrían dar.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) [Cottencin O](#), [Versaavel C](#), [Goudemand M](#). “In favour of a systemic vision of liaison psychiatry” .[Encephale](#). 2006 May-Jun;32(3 Pt 1):305-14.
- (2) E. Lindemann. “Symptomatology and management of acute grief”. American Journal of Psychiatry. 1944.
- (3) Sheila Mc. Namee y Kenneth J. Gergen. "La terapia como construcción social" . Paidós.(1996). Cap 2 y 3. (pag. 45-76).
- (4) Nardote, G.; Watzlawick, P. “El arte del cambio”. Herder. (1992). Pag. (29, 164).
- (5) Packman, M. (Comentario introductorio). Las semillas de la cibernética. Gedisa. (1991). Pag 33-38.
- (6) Wittezaele, J.J. y García. T. La Escuela de Palo Alto. Biblioteca de Psicología. Herder. Pag. 229-259.
- (7) Ackermans, A. ; Andolfi, M. La creación del sistema terapéutico. Paidós. (1994). Pag. 217-226.
- (8) Relationships between patient, family, and significant other disposition preferences in psychiatric emergency services and the clinical symptom ratings and disposition decisions of psychiatrists. [Way BB](#). [Psychiatrist Rehabil J](#). 2005 Fall;29(2):132-7.
- (9) Sluzki, C.E. La red social: frontera de la práctica sistémica. Gedisa. 1996. pag. 45-54.
- (10) Elkim, M. et al. Las rácticas de la Terapia de red. Gedisa. 1995. pag. 49-40.