



## **07/Comunicaciones**

# 07/1

## Sufrimiento desde los trastornos alimenticios en adolescentes

M<sup>a</sup> José Martín,

Psiquiatra. Clínica Nuestra Señora de la Paz. Madrid.

### 1/

#### ¿Qué es la adolescencia?

Según el autor **Stanley Hall (1904)**, la adolescencia es un periodo de “conflictos y tensiones”, de tensión entre la madurez biológica y la dependencia social, con presión de padres, pares y en donde el sentido de la dirección de la vida cambia constantemente. Los trastornos de la conducta alimentaria (**TCA**) son patologías muy frecuentes (4,1-4,5%) en los adolescentes en la actualidad.

En muchos de los casos en la adolescencia, puede no ser la patología primaria, si no es el síntoma de otro problema: un trastorno de ansiedad, de depresión, de problemas familiares, problemas de relación social, el mismo ambiente social que presiona al adolescente, etc., por lo que es necesario una correcta evaluación para realizar un diagnóstico adecuado y adaptar el tratamiento. Las personas que presentan estos trastornos sufren en gran medida, al igual que sus familias que las suelen acompañar en el proceso de la enfermedad. Es fundamental realizar un buen acompañamiento del adolescente enfermo y su familia para lograr una recuperación más estable en el tiempo.

### 2/

#### Tipos de trastornos de la conducta alimentaria.

Para comprender mejor, los tipos de dichos trastornos, vamos a utilizar la clasificación internacional de enfermedades **10 (CIE 10)** de la Organización Mundial de la Salud, por la que podemos distinguir los siguientes trastornos del comportamiento alimentario:

- Anorexia nerviosa
- Anorexia nerviosa atípica
- Bulimia nerviosa
- Bulimia nerviosa atípica
- Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

- Vómitos en otras alteraciones psicológicas
- Otros

A continuación se explican siguiendo dicha clasificación, los trastornos más frecuentes

#### 1/ Anorexia nerviosa

Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo.

El trastorno aparece con mayor frecuencia en chicas adolescentes y mujeres jóvenes, y en ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres adultas hasta la menopausia.

La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- A)** Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.
- B)** Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nerviosa.

A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nerviosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad.

Pautas para el diagnóstico:

Deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- A)** Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal (peso/talla<sup>2</sup>) de menos de 17,5).

La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: **1)** evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: **2)** vómitos autoprovocados, **3)** uso de laxantes, **4)** ejercicio excesivo y **5)** consumo de fármacos anorexígenos (que disminuyen el hambre) o diuréticos (medicamentos que favorecen la diuresis).

Distorsión de la imagen corporal persistente (verse “gordo” a pesar del bajo peso), de miedo a engordar o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

**B)** Trastornos endocrinos: como por ejemplo la presencia de amenoreas (desaparición de la menstruación) en mujeres.

**C)** Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia (aparición de la menstruación) es tardía.

#### 2/ Bulimia nerviosa

Síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida, como por ejemplo, la inducción del vómito. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

LH n.320

Pautas para el diagnóstico:

Deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

- A)** Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- B)** El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, períodos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos.
- C)** Las alteraciones mentales consisten en un miedo intenso a engordar y el enfermo se fija de forma estricta un objetivo de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años.

Y otros trastornos como el **trastorno por atracón**, que consiste en ingestas descontroladas y excesivas de alimentos, pero sin que el paciente realice conductas compensatorias.

### 3/

#### ¿Cómo darse cuenta?

Para poder diferenciar qué síntomas de la alteración de la alimentación se presenten en el niño o en el adolescente, es muy necesario, diferenciar entre que es un síntoma normal, de uno que genere **“alarma”** al que es necesario prestar atención y consultar con su pediatra o médico

de atención primaria y finalmente de un síntoma patológico, que requiere atención especializada. Los vamos a diferenciar siguiendo el protocolo de la asociación española del niño y de adolescente (AEPNYA) 2008.

- 1. Síntoma que implica normalidad:** un elevado porcentaje de la población femenina y un porcentaje menor de la población masculina llevan a cabo dietas restrictivas, debido a que la satisfacción producida por el propio cuerpo declina en la adolescencia **“hay que verse bien”**
- 2. Síntomas de alarma:** realizar una dieta restrictiva, junto con alteración del esquema corporal o miedo moderado a engordar, en que no existe una pérdida significativa de peso (IMC>17.5). O la presencia de atracones esporádicos en ausencia de conductas compensatorias (vómitos autoinducidos, uso de laxantes o diuréticos...). O en tercer lugar una hiperfagia o disminución del apetito importante de tipo reactivo, sin otros síntomas psiquiátricos.

### 4/

#### Síntomas de RIESGO (indican gravedad):

- Realizar una dieta restrictiva acompañada de trastorno del esquema corporal o miedo intenso a engordar.
- Pérdida significativa de peso (IMC<17.5).
- Atracones recurrentes.
- Atracones espontáneos y conductas compensatorias.
- Hiperfagia o pérdida de apetito asociados a síntomas psiquiátricos graves.

Tras diferenciar dichos síntomas, es necesario adoptar una actitud de escucha para favorecer la expresión emocional y orientar al niño o adolescente hacia la búsqueda de ayuda (pediatra, médico de atención primaria, psicólogo, psiquiatra, terapeuta de familia...). Asimismo, en caso de duda se puede y debe consultar.

### 5/

#### Principales dificultades familiares ante enfermos de un TCA (J. Torralbas-Ortega).

Cuando los padres tienen un hijo o un familiar con un trastorno de la conducta alimentaria, se encuentran ante una serie de dificultades en cuanto a elaborar una dieta equilibrada, con problemas de manejo emocional o conductual del paciente, por escaso control y supervisión familiar y dificultades por negativa/incumplimiento general de las pautas establecidas, entre otras.

### 6/

#### ¿Cómo podemos actuar o ayudar en la familia ante un enfermo con un TCA?

Realizando una comida saludable con cinco comidas al día, evitar picar entre horas e ir al baño después de las mismas, al menos durante dos horas. También es recomendable no implicarse en exceso y evitar que el paciente con un TCA reste atención al matrimonio o a sus otros hijos, ya que ser el centro de atención refuerza y prolonga el problema. Sería necesario aumentar las responsabilidades a la edad adecuada para favorecer la responsabilidad del niño o adolescente en su buena evolución. En el plano emocional es necesario, hacia el paciente, demostrar afecto y respeto y ser paciente, ya que la recuperación lleva mucho tiempo. Ante situaciones de desbordamiento familiar o sin ellas, es muy importante que los padres compartan las preocupaciones o sentimientos que tienen con familiares, amigos o grupos de padres.

### 7/

#### ¿Cómo deben actuar los profesionales ante el paciente y la familia?

Realizando un acompañamiento para proveer seguridad, confianza y disminuir los miedos, mediante una escucha activa y favorecer la expresión

de sentimientos (rabia, tristeza, alegría) y la reflexión ante la toma de decisiones, con el fin de evitar los comportamientos impulsivos. Se debe facilitar que la familia acompañe y que esté presente en reuniones comunes y se promoverán los aspectos positivos familiares, como comer en familia y mantener una conversación amena sin hablar de la enfermedad en el transcurso de la comida. Es muy necesario que se favorezca aprender a hablar sobre los conflictos que se generen, no evitar ni negarlos, y finalmente que se puedan resolver de conflictos. En último término, se señalarán los aspectos negativos familiares (evitar hacerlo delante del adolescente): como pueden ser la sobreprotección, expectativas muy altas hacia los hijos que no pueden cumplir, los padres ausentes, el clima tenso, agresivo o poco afectuoso a nivel familiar, los cambios de roles familiares, familia que no pone límites, y otros.

### 8/

#### En resumen...

Es muy importante un abordaje **precoz** de las personas que sufren un TCA para favorecer su mejoría y evitar la cronicidad. El acompañamiento y la ayuda a sus familiares es un elemento muy importante en la recuperación.

#### Bibliografía

► *Protocolo de la asociación española de psiquiatría del niño y del adolescente (AEPNYA) 2008.*

► *Clasificación internacional de enfermedades 10 de la Organización mundial de la salud (CIE 10).*

► **MJ Mardomingo.** *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente.* Ed Panamericana. 2009.

# 07/2

## Sufrimiento familiar ante las adicciones

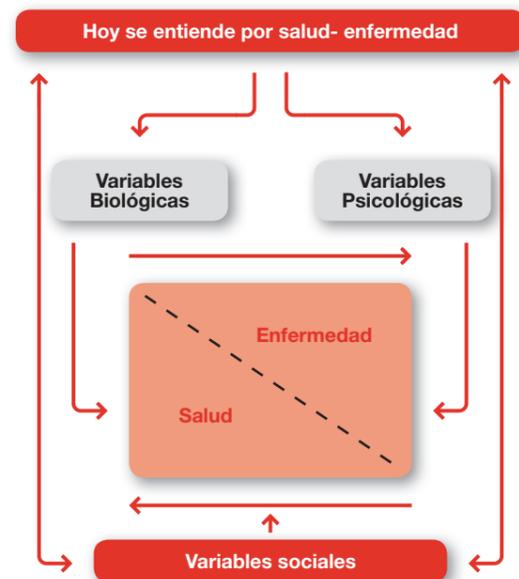
Dr. Calixto Plumed Moreno, O. H.,  
Psicólogo Clínico.  
Escuela de Enfermería  
y Fisioterapia San Juan de Dios.  
Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

### 1/

## Salud-enfermedad.

A través del prisma de la **humanización**, hoy entendemos por salud-enfermedad: Un proceso único, resultante de la interacción de los procesos vitales del individuo y los factores externos que le rodean, es decir que:

- A) la salud-enfermedad se sitúa en la interacción entre el individuo y su medio (concepto ecológico),
- B) la salud-enfermedad resulta una vivencia inseparable, que se aprecia y valora de forma oscilante por la influencia de variables biológicas, psicológicas y sociales mutuamente conectadas, y
- C) la atención es concebida como un proceso que integra los aspectos de fomento, prevención, recuperación, de forma inseparable (concepto integral).



Modelo Biopsicosocial: Engel, 1977  
Modificación: C. Plumed, 1996, 2010

Así, pues "con el término y concepto de salud se entiende todo lo que se refiere a la: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para el mejor equilibrio y bienestar físico, psíquico y espiritual de la persona". Y "por Sanidad se entiende todo lo que atañe a la política, legislación, programación y estructura sanitaria"<sup>1</sup>.

Algunas instituciones privadas<sup>2</sup>, desde hace muchos años, han trabajado en esta línea movidas por el deseo de delimitar el problema fundamental (que comporta la deshumanización), llegando a centrarlo en el desequilibrio entre una **lógica asistencialista** y una **lógica evangelizadora**.

En una **lógica asistencialista**:

- La enfermedad y el dolor en general, son considerados desde un punto de vista puramente terreno.
- La asistencia responde a unos sistemas de tipo utilitarista, que se centra, casi exclusivamente, en el aspecto físico del dolor o de la enfermedad.
- La persona que sufre, en consecuencia, viene reducida a **objeto** a curar en el menor tiempo posible, sin una visión que tenga en cuenta la rehabilitación de la misma.
- Por otra parte, en nuestra sociedad de tipo **consumista** va quedando progresivamente menos espacio para la aceptación del dolor y de las secuelas de la enfermedad, al tiempo que aumentan y se detectan modos nuevos de marginación y sufrimiento, propios de un ambiente tecnificado e industrializado.

Sin embargo en una **lógica evangelizadora**:

- Se trata de descubrir en el dolor una realidad deshumanizante que repercute en toda la persona.
- Se ve y valora a la persona como un todo, que espera ser aceptada y servida a la luz de su dignidad personal.

- Se vive y expresa el servicio caritativo como **signo** mesiánico que asegura al hombre, sobre todo a los pobres, los enfermos, los marginados, que el Reino está ya presente y Dios ama y se preocupa de la humanidad.

### 2/

## Individuo y familia como un todo.

En el individuo y en la familia que integra a cada persona en particular, se da cuanto se ha definido por algunos autores como conducta de enfermedad, que comporta la:

- **Atención concedida por el sujeto y familia a la sintomatología física y psicológica.**
- **Definición y significado atribuido a esa sintomatología.**
- **Conducta de búsqueda de ayuda a través de los diversos recursos sanitarios y personales.**

Con mayor o menor vinculación, normalmente el individuo se encuentra en contacto o inmerso en una familia y, cuando un miembro de esta familia cae enfermo, es frecuente hablar de la familia del enfermo, o de "**una familia con un enfermo**". Hay, pues, una interacción entre familia y enfermo, que la mayoría de las veces es inseparable.

La familia resulta que es, entre las muchas definiciones que se dan, un **sistema sociocultural abierto hacia el exterior, y hacia el interior del individuo**. Está autorregulado y evoluciona en el tiempo en función de un fin que es garantizar la supervivencia de sus miembros, servir a sus necesidades individuales. Además estamos hablando de un sistema adaptativo complejo,

1. Cf. PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL. Carta de los agentes sanitarios. Ciudad del Vaticano, 1995, n. 9.

2. ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS. Declaraciones del LX Capítulo General Extraordinario (Roma, 12 nov.-15 dic. 1979).

cambiante continuamente en estructura y organización de forma discontinua por influencia de las variables antes mencionadas.

Ahora bien, cuando hablamos de familia, ¿de qué familia estamos hablando?, ya que las posibilidades y las realidades son muy variables.

Entre otras, nos encontramos con los siguientes tipos de familia<sup>3</sup>: nucleares, nucleares simples, en cohabitación, unipersonales, monoparentales, reconstituidas, con hijos adoptivos, biparentales, polinucleares, extensas, compuestas, poligámicas,... en función de los avatares de cada una y de sus miembros.

Cualquiera que sea su estructura, en su seno puede aparecer un enfermo y en nuestro caso, un enfermo con algún trastorno mental. Y estaremos hablando de una familia “sana”, cuando se trata de aquella que muestra una estructura abierta y en proceso de transformación. Aquella que se desarrolla en etapas que le exigen reestructuración continuamente.

Aquella que se adapta al ambiente y mantiene continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro. Nace, crece y puede originar otras familias (diacronismo). Y que asegura la socialización del individuo (sincronismo).

En caso contrario hablaremos de familia “**enferma o problemática**”. Aspectos ambos que tienen mucha importancia para el abordaje de la salud-enfermedad de algún miembro de la familia, y más tratándose de una enfermedad mental.

### 3/

## Matización de uso, abuso y dependencia (física o psicológica) para enumerar algunas de las adicciones más frecuentes.

El hecho de saber discernir entre uso, abuso y dependencia puede ayudar a que en un momento dado podamos tomar medidas a tiempo para poner remedio a un uso abusivo que puede acabar en dependencia.

**Uso:** Cuando la conducta no se realiza de forma continuada. La persona es capaz de interrumpir la acción en cualquier momento que se le solicite o que lo desee para dedicarse a otra actividad, sin que ello le produzca ningún problema o disgusto.

**Abuso:** Cuando la conducta es desadaptativa. La persona dedica todo el tiempo que le es posible a una actividad y puede ocurrir que abandone otras, que antes le gustaban, para dedicarse exclusivamente, por ejemplo, al juego.

**Dependencia/adicción:** Cuando la conducta es reiterativa. La persona ha ido adaptando sus necesidades a la conducta compulsiva y suplente su necesidad de emoción, compañía, reto, superación, distracción, etc..., con ello.

Busca incesantemente la sustancia, cosa o situación, hasta conseguirla como sea, sin importar nada más.

Las dependencias o adicciones pueden agruparse de alguna manera como:

3. Cf. Rev. A Vivir, n.228, marzo/abril de 2009.

#### Adicciones químicas:

- Adicción a la marihuana.
- Adicción al tabaco.
- Adicción a la cocaína.
- Alcoholismo como droga.

#### Adicciones conductuales:

- Adicción a internet o ciberadicción.
- Adicción al juego o ludopatía.
- Adicción a las compras o compra compulsiva.
- Adicción al teléfono.
- Adicción al sexo o proceso de adicción.

### 4/

## ¿Qué suele suceder en una familia cuando aparece en ella un enfermo o un adicto?

Bien sabemos que existen muchos mitos sobre la locura como también existe el estigma de la enfermedad mental y de la adicción:

Podemos admitir que hemos tenido una depresión, pero nunca que hemos padecido un ‘brote psicótico’. Que estamos ante una enfermedad transmisible, de padres a hijos. Que abordamos una enfermedad incurable. La enfermedad mental suele considerarse sinónimo de agresividad. Y al adicto lo marginamos.

Bien sabemos, también, que la sociedad no mira

bien la enfermedad mental. Los medios de comunicación y la Salud Mental no coexisten bien: los medios alarman frecuentemente más que colaboran y ayudan poco a la mejor comprensión de la enfermedad.

El enfermo mental es noticia cuando aparecen agresiones, violaciones u otras actuaciones que fomentan nuestro morbo social. Y depende mucho de qué enfermedad se trate, sea depresión, alcoholismo, drogadicción, demencia, psicosis,... así solemos reaccionar: con cierta dosis de lástima en unos casos, o de recelo en los restantes.

**1. Ante la aparición** de la enfermedad o adicción, la familia suele afrontarla de modos similares a los siguientes: Desorientación total. Confusión. Depresión, ansiedad. Consulta a conocidos o amigos. Desconocimiento, abandono, no hay respuestas, impotencia, no se entiende ¿por qué a mí? Preocupación, miedo por no saber qué hacer, cómo abordarla, miedo a la propia enfermedad.

**2. Las reacciones suelen comportarse de forma oscilante entre dos polos:**

a) Ocultación al principio. Retirada del ambiente. Vergüenza.

b) Quitarse al enfermo de encima lo antes posible: o a una institución o desaparecer... porque va a estar mejor atendido...

**3. Consultas profesionales:** Buscar qué es lo que se puede hacer, buscar ayuda. Con fallos y aciertos. Hay ‘rebote’ por las diferentes consultas. Retardo en las soluciones. Segunda opinión, no saber la evolución, Medicina alternativa. Diagnóstico.

**4. Ingreso, informes.** El ingreso puede significar un desahogo, un respiro familiar. Sienten culpabilidad por no atenderlo y dejarlo a una institución o a otras personas. Celos porque otros lo tratan mejor que yo... Recaídas y empeoramiento. Reingresos y puerta giratoria,

LH n.320

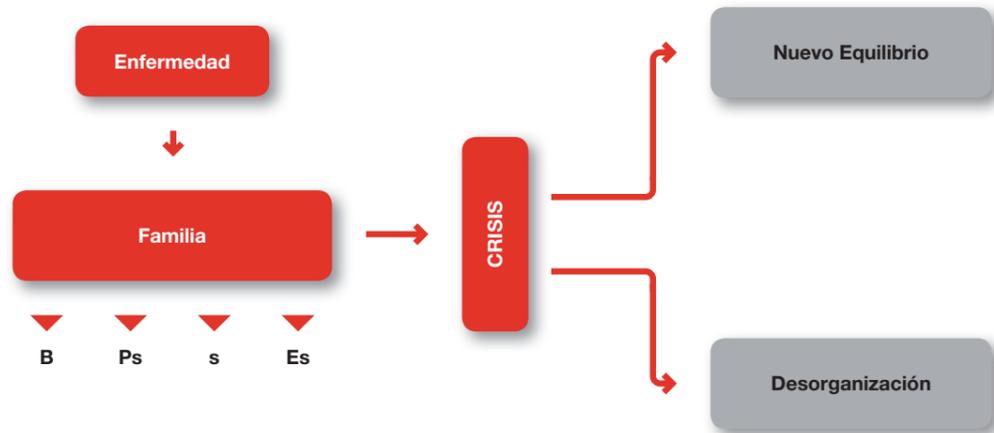
**5. Cronificación.** Vías de los servicios de Salud Mental. Ya que los aspectos económicos no se pueden abordar de forma particular por sus altos costes.

**6. Consecuencias en la familia:** Inseguridad económica y familiar. Desestructuración. Continuos altibajos... La familia totalmente volcada con el enfermo. Cambio de toda la vida de la familia. ¿Quién se hace cargo del enfermo de entre los miembros de la familia? Las incapacitaciones.

**7. Apoyo a la familia:** Enfermedades colaterales... Agotamiento, estrés. Afectividad por el suelo. Calmar a las familias. **Apertura a las Asociaciones.**

Los pilares sobre los que se apoya la familia: biológicos (B), psicológicos (Ps), sociales (s) y espirituales (Es), suelen resentirse de manera general en función de la fortaleza y/o resiliencia de la propia familia. Y este esquema podría sintetizar su comportamiento **ante la aparición de la enfermedad:**

4. Tomamos algunos esquemas de ROCAMORA, ALEJANDRO. Un enfermo en la familia. Claves para la intervención psicológica. Ed. San Pablo, Madrid 2000.



Además, dependiendo de la tipología de familia así será su actitud ante la enfermedad<sup>4</sup>:

Tipología	Características	Actitud ante la enfermedad
<b>Familia de desapego.</b>	Se necesita el alejamiento del otro para sentirse independiente. Se vive el yo como frágil e infradotado.	Centrífuga
<b>Familia simbiótica.</b>	Extrema dependencia afectiva y temor a la soledad.	Centrípeta
<b>Familia dependiente.</b>	Intermedio entre las dos anteriores. La relación se vive con carácter defensivo: temor a la relación cálida y profunda.	Dependencia
<b>Familia de amor maduro.</b>	Tiene como origen el amor y no la necesidad.	Aceptación

Por lo cual estas podrían ser las situaciones de la enfermedad como fuentes de peligro para el ser humano, con las respuestas familiares y actitudes terapéuticas más adecuadas:

Fuente	Efecto: ansiedad básica	Conductas niveladoras
<b>Confusión.</b>	Ansiedad confusional.	Información. Participación activa de la familia en el proceso curativo. Respeto por la actitud ante Dios: no anatematiza
<b>Ataque externo.</b>	Ansiedad paranoide.	Desidealización. Desplazamiento del agresor. Desmitificación del poder milagrero de Dios.
<b>Vaciamiento.</b>	Ansiedad depresiva.	Elaboración del duelo, de la pérdida. Actitud comprensiva ante Dios.

En consecuencia, la familia podrá oscilar y, en muchos casos pasar de una a otra fase, que implica la vivencia de la misma, los aspectos asistenciales, los relacionales y, en su caso los trascendentales:

Fases				
Dimensiones				
Fases	Vivencial	Asistencial	Relacional	Trascendental
<b>1</b>	Confusión	Múltiples consultas	Difusión de roles	Petición a Dios, curanderos, etc.
<b>2</b>	Negación	Ocultamiento de síntomas. Olvido de prescripciones.	Hiperactividad. Síntomas psicósomáticos.	Ausencia de contacto con Dios.
<b>3</b>	Paranoide	Querellas, protestas.	Agresividad exterior.	Dios es culpable; es injusto.
<b>4</b>	Culpa	Sobreprotección.	Agresividad interior.	Dios me ha castigado.
<b>5</b>	Depresión	Sobreprotección	Agresividad interior.	Vacío de Dios.
<b>6</b>	Aceptación	Posibilidades y límites.	Posibilidades y límites.	Presencia de Dios.

## 5/

### ¿Cómo actuar con la familia de manera específica?

Podemos encontrarnos con familias en las que ha aparecido una enfermedad aguda que es **un proceso repentino y brusco de corta duración pero con destrucción grave en el individuo y en la familia**. O también, y suele ser lo más frecuente en consultas reiteradas, con una familia en la que ha

evolucionado su situación hacia una enfermedad crónica, concebida como **tiempo prolongado de permanencia, con limitaciones de movimiento, sea laboral, familiar, o social**. En muchas ocasiones sucede que **no necesita de internamiento en una institución hospitalaria**. Y con la enfermedad mental sucede, al principio, que se pueden sobrellevar con internamientos intermitentes o como **“descarga familiar”**. Más adelante, según el proceso de la salud-enfermedad, los problemas pueden agravarse al no encontrar soluciones estables y por descontado, definitivas. Qué hacer en la enfermedad aguda y, esencialmente en el caso de la enfermedad crónica, tratándose de cualquier tipo de enfermedad, máxime si hablamos de la enfermedad mental:

#### Proceso de ayuda

Fases	Hacer	No Hacer
Acogida.	- Escuchar. - Reflejar sentimientos y hechos. - Comunicar aceptación.	- Dar consejos. - Contar “su propia historia” - Juzgar.
Dimensión del problema.	- Dar información - Concretización. - Evaluar la gravedad. - “Tocar fondo”.	- Desinformación, “irse por las ramas”. - Ignorar signos de sufrimientos.
Posible soluciones.	- Establecer prioridades. - Provocar las soluciones. Autoayuda.	- Permitir la visión en túnel. - Tolerar una mezcla de necesidades.
Acción concreta.	- Establecer objetivos y calendario de realizaciones.	- Intentar resolverlo todo ahora.
Evaluación.	- Revisión de etapas.	- No revisión.

#### Cuadro enfermedad crónica

Fases	Manifestación	Acción terapéutica
Desorganización.	- Ruptura de la estructura familiar. - Reorganización. - Vivencia de situación insuperable.	- Escucha activa. - Información adecuada. - Ayudar a “tocar fondo”.
Recuperación.	- El miembro más alejado entra en escena. - Preocupación por otros miembros. - Se pide más información.	- Instrucciones detalladas sobre el manejo del enfermo. - Intensificar la información.
Reorganización.	- Un miembro familiar toma “a su cargo” al enfermo. - Cambios drásticos en el grupo. - Aparición de enfermedades colaterales.	- Intentar el equilibrio familiar. - Mantener los límites de los subsistemas. - Mantener contacto fluido con el entorno. Proyectos.

#### 1. Información y formación:

Es preciso hacerlo sobre la enfermedad mental en general y más en los casos de dependencia a sustancias o conductas; sobre la concreta de su familiar, sus síntomas principales e implicaciones en el manejo conductual del día a día (límites y organización de la actividad, según necesidades, como higiene, actividades instrumentales, trabajo, ocio, hábitos de salud, comportamiento social... contratos en general, trabajo de la conciencia de enfermedad y toma de medicación, actuación ante los pródromos...); así como recursos de salud y sociales a los que acudir.

#### 2. Apoyo emocional:

La afectación emocional suele ser la más afectada a consecuencia del impacto del diagnóstico,

por la estigmatización social, sobre los problemas de conducta, y respecto de las expectativas de futuro... Se necesita un reforzamiento de las actuaciones adecuadamente resueltas y orientación ante situaciones conflictivas.

Trabajo de la autoestima, **eliminar los sentimientos de culpa** y enfoque hacia un modo de actuación **“proactivo”**. Puesta en contacto con otros familiares, grupos de apoyo, etc.: **Asociaciones especializadas**;

#### 3. Entrenamiento en habilidades:

Esencialmente sobre la expresión emocional, manejar la comunicación, fomentar la asertividad, afrontamiento y resolución de problemas... entre los mismos familiares y con la persona afectada de la enfermedad mental.

## 6/

# Hacia un modelo integral de salud mental.

Las afirmaciones en los diversos foros proliferan según las posiciones teóricas de los asistentes o ponentes. Esto, sucede, al menos en España, en donde la reforma psiquiátrica tal vez no haya encontrado el **Modelo de gestión para el Modelo asistencial adoptado**, a pesar de los esfuerzos realizados con los diversos planes, que esperamos acierte a las mejores prestaciones.

Quienes trabajamos en un contexto bastante demagógico, en el que las ideas hay que venderlas, al coste que sea, tenemos la experiencia de encontrarnos en el terreno práctico y diario, con unos planteamientos teóricos que, en momentos rayan con la broma de mal gusto ya que afectan a las personas y, éstas indefensas, necesitadas o marginadas.

Y escuchamos a familias que no saben cómo abordar su situación, ante el agravamiento de su pariente enfermo y adicto.

Y constatamos que, las intervenciones policiales y judiciales, resultan ser las únicas que producen el efecto de búsqueda de atenciones viables.

A nosotros aquí, lo que nos importa es la **persona concreta con nombre y apellidos**, ya que nuestro concepto de enfermedad mental es **un acontecimiento indicativo en la vida humana que surge en la historia personal, familiar y social**, y nos movemos con unos presupuestos básicos que iluminan la atención.

En el marco de estos presupuestos, elaborados con la garantía que ofrece la experiencia de tantos años de maduración teórica y práctica, y constatando que los intentos de asistencia que nos circundan, no ofrecen mejores alternativas, abogamos por es-

tas sugerencias para un **Modelo Integral de Atención en Salud Mental** que debiera ser:

### A) Desde la Comunidad:

Desde la práctica asistencial, se entiende que las prestaciones, han de realizarse desde un conjunto de agentes que intervienen en la Salud Comunitaria.

Desde el análisis de la realidad cotidiana, no se trata de poner en contraposición la intervención desde la comunidad, con la hospitalización. No se entra en discusiones trasnochadas, fáciles e infantiles, como se ha hecho hasta el presente, creando enemigos teóricos y prácticos, estigmatizando la hospitalización.

La realidad sociocultural del momento, los intentos de reforma de la Psiquiatría iniciados en 1985 y la poca solidez demostrada en estos intentos, así como la inoperancia que en la práctica se ha traducido, sea por la precipitación o por la incapacidad de los agentes del **“cambio”**, nos lleva a esta reflexión que **contempla la atención comunitaria implicada en la hospitalización precisa e integrada**. Sencillamente porque cuando se da la cronificación, resulta, en múltiples ocasiones inabordable la atención de la enfermedad mental desde la estructura familiar.

### B) Desde la Realidad:

La motivación que anima a trabajar en este sentido, viene ocasionada al constatar que, la sociedad española en general, cuenta con una serie de recursos tanto humanos como materiales, suficientes como para poder satisfacer la demanda de atención que precisa la población referenciada.

Pero embarcarse en esta aventura, significa la aceptación de cuanto sigue:

- Establecer un objetivo claro y único;
- Análisis realista de la demanda social y de la demanda familiar;
- Reflexión y análisis de las posibilidades

y limitaciones de los Centros y dispositivos;  
- Elaborar un plan integral e integrado, con la impronta que emana de los principios fundamentales y de la concepción de salud-enfermedad expuesto.

### C) Desde una aproximación psicológica a la persona con adicción y a su entorno:

Según una concepción holística e integral del hombre, es muy difícil diferenciar dónde acaba la acción somática y donde empieza la acción psíquica. Las implicaciones son tan estrechas que hoy enfocamos la aproximación a este tema desde la actuación integral. Hay algunos matices, cuando nos referimos a personas con gran alteración física predominante sin, aparentemente, alteración psicológica, y a otras personas que su integridad somática parece estar respetada y no así su dimensión psicológica que puede estar enmarcada en las etiquetas de la CIE-10 y DSM-5. Hay elementos que pueden ser comunes o que pueden estar presentes en ambos grupos de personas afectadas. Ya **Mariano Galve** unos años atrás (1993) se hacía al respecto algunas reflexiones en cuanto implica el proceso de conocimiento y las implicaciones rehabilitadoras de las personas. Se podría resumir así:

### 6/1

#### La persona afectada:

**Sí mismo:** Pierde el control de sus funciones vitales y puede contemplar su propio cuerpo como un objeto alienado, en modo alguno el suyo propio. Puede tener sentimientos de carencia. Descenso de la confianza en sí mismo.

**Yo social:** Teme de los otros, críticas, burlas, desprecios. Sentimientos de vergüenza. Puede contaminar su identidad social y aminorar sus relaciones sociales.

**Repercusiones emocionales:** Puede tener ideas, pensamientos y comportamientos que el

propio sujeto no controla. Períodos de negación ideacional, embotamiento emocional y reducción de conductas. Manifestar tristeza, miedo, ira culpabilidad.

**Alternativa del enfrentamiento o sucumbir:** Sentimientos de dificultad y el descorazonamiento. Se fija en lo que no puede hacer. Es más importante la incapacidad que la capacidad. Puede tener un aspecto constructivo ante la incapacidad. Puede considerarse partícipe activo en su propia vida y en la de la comunidad.

**Enfrentado a su propia rehabilitación:** Se exige un ajuste a la incapacidad o una reintegración de las capacidades perceptivas y emocionales de la persona. Ha de reflejar una sensación emocionalmente integradora de la totalidad corporal y de su yo. Puede rechazar la rehabilitación o reconocer la dependencia y colaborar hacia su autonomía posible.

### 6/2

#### La familia:

La familia sufre el impacto del trastorno en su seno. Ya hemos aludido más arriba. La familia puede verse inmersa en:

#### Un proceso de impacto:

- Afectando su narcisismo o intimidad nuclear: Sentimiento de culpabilidad, ira hacia el otro miembro de la pareja, o de su grupo familiar de origen...
- Descubrimiento de su responsabilidad. Nuevas dimensiones de sus nuevas tareas de las que será responsable. El familiar dependerá de la asunción coherente de la misma y su implicación en su rehabilitación.
- Amenaza a su equilibrio. Respuestas ansiosas.
- Aproximación a los grandes problemas prácticos a los que se tiene que enfrentar: Pérdida de ingresos, transporte, cuidados.

#### Un proceso de adaptación.

LH n.320

### 6/3

#### La sociedad:

La persona necesita relacionarse. El enfermo mental y drogadicto puede sentir el posible rechazo social, o al menos parecerle. La sociedad a veces mantiene posturas distanciadoras-defensivas con respecto al enfermo mental, de la mano de los medios de comunicación, como hemos aludido.

### 6/4

#### Los profesionales:

Suelen centrarse en la rehabilitación que obedece a tratamientos. No tanto la integración psicológica del enfermo crónico. Es más rentable la primera. Pueden caer en el error de trabajar **sobre** las personas y no **con** las personas. Han de centrarse más en una perspectiva de calidad de vida para el enfermo. Su ayuda al enfermo y familia puede ser para que la persona que sufre una incapacidad se afane de nuevo por alcanzar las metas que ella misma se fije y lo consiga de manera efectiva. Para ello: aliviar el sufrimiento; fomentar la independencia; marcarse objetivos en la vida. Los profesionales interactúan con las familias. Han de tomar conciencia que la familia también necesita de una rehabilitación.

### 6/5

#### Los programas y las técnicas:

Han de facilitar la creación de oportunidades para realizar acciones acordes con el trastorno. Defensa y búsqueda de la dignidad personal. Respeto por las formas de vida, los valores culturales y determinadas costumbres de los enfermos. La rehabilitación es un proceso de cambio de comportamientos, cuya finalidad es enseñar a una persona a vivir con su limitación en su propio ambiente. Hacer hincapié en el trabajo **con** más que trabajar **sobre** las personas con enfermedad mental o adicción.

Los requisitos para los programas y las técnicas deberían centrarse en el individuo más que en el profesional. Modificar el ambiente hasta que se asemeje a una situación familiar y de hogar. Facilitar jornadas integradas, no fragmentadas. Los profesionales precisan de una mentalidad de educadores, no de curadores, colaboradores más que salvadores.

## 7/

### Conclusiones.

Se espera con esta rápida exposición haber satisfecho los objetivos propuestos. El reto está marcado, su realización es viable, y, demuestra que podrá hacerse realidad en un futuro inmediato la atención más coherente y acorde a las necesidades de la enfermedad mental y de la adicción, englobando al enfermo y a la familia del enfermo. También hay que dejar patente, una vez más que en Salud Mental y Psiquiatría, las innovaciones en los cuidados y las terapias, son un campo inagotable. Y no podemos olvidar que la familia está implicada para paliar lo que se han llamado cuidados no remunerados de la salud<sup>5</sup> que alcanzan cifras asombrosas<sup>6</sup> y, si **no cuidamos la familia, si no tratamos bien a la familia, no hay sistema de Salud ni sistema Sociosanitario que formulen un presupuesto sostenible en ninguna sociedad.** Una vez más la rehabilitación psiquiátrica sigue siendo una asignatura pendiente. El enfermo mental crónico es el **marginado de entre los marginados y el adicto a sustancias y conductas más todavía.** Por último, en toda actuación del mundo de la salud, y más específicamente en este que nos preocupa, la Salud Mental, se precisa **más dignidad, más humanidad y mayor interés científico hacia el enfermo mental que sigue existiendo y tiene sus derechos y deberes.**

5. Cf. DURÁN HERAS, M<sup>a</sup>.A. Los costes invisibles de la enfermedad. Fundación BBVA, Madrid, 2002.

6. "Blanca Clavijo, presidenta de la Asociación Nacional del Alzheimer, ha precisado que el coste anual de un enfermo de Alzheimer supera los 30.000 euros" (Diario Médico, 21.09.2009, p. 19).

