

XVII Congreso Argentino de Salud Mental. La urgencia subjetiva. Clínica, sociedad y estado. Asociación Argentina de Salud Mental, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2024.

EXPERIENCIAS DE ABORDAJES CON FAMILIARES O REFERENTES SOCIO-AFECTIVOS EN DIFERENTES DISPOSITIVOS DE TRATAMIENTO EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL DE UN HOSPITAL GENERAL.

Martinez Balay Marianela.

Cita:

Martinez Balay Marianela (2024). *EXPERIENCIAS DE ABORDAJES CON FAMILIARES O REFERENTES SOCIO-AFECTIVOS EN DIFERENTES DISPOSITIVOS DE TRATAMIENTO EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL DE UN HOSPITAL GENERAL. XVII Congreso Argentino de Salud Mental. La urgencia subjetiva. Clínica, sociedad y estado. Asociación Argentina de Salud Mental, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/marianela.martinez.balay/2>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pNHV/qOV>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

EXPERIENCIAS DE ABORDAJES CON FAMILIARES O REFERENTES SOCIO-AFECTIVOS EN DIFERENTES DISPOSITIVOS DE TRATAMIENTO EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL DE UN HOSPITAL GENERAL

El objetivo del presente escrito consiste en describir fragmentos de experiencias llevadas a cabo en el Servicio de Salud Mental de un Hospital General en diversos dispositivos de tratamiento, donde se han abordado situaciones con familiares o referentes socio-afectivos de pacientes, realizando una articulación teórico-clínica, desde el marco de la complejidad.

De acuerdo a Morin (1990), el paradigma de la complejidad se opone al de la simplificación. Es un modo de posicionarse que incorpora la acción hacia el cambio y la necesidad de un diálogo entre las distintas formas de conocer el mundo ya que reconoce lo incompleto del pensamiento.

Se describirán recortes de situaciones donde al no contar con las condiciones mínimas de acompañamiento, sostén o presencia, el tratamiento individual se ha visto obturado, siendo fundamental trabajar respecto al lugar que ocupa ese sujeto en la dinámica familiar, intentando correr la identificación que los diversos miembros le asignan como quien tiene un problema, siendo el paciente portavoz de algo que sucede en esa dinámica. El trabajo individual podría resultar insuficiente si las modalidades de vinculación y demandas hacia el mismo siguen siendo invalidantes.

Existe un entrecruzamiento entre lo individual, lo familiar y lo sociocultural, que a su vez se encuentra interrelacionado con los factores de vulnerabilidad, desencadenantes y de mantenimiento de las problemáticas.

Se puede definir a “la familia” como un sistema de pertenencia social y subjetiva, donde pueden o no sostenerse relaciones de parentesco, y que se encuentra compuesto por sujetos que cumplen funciones múltiples en esa grupalidad, que interactúan entre sí, respondiendo a ciertas modalidades y legalidades particulares que les son propias, y que se han ido estableciendo y construyendo entre generaciones o a lo largo del tiempo.

Existen diversas conformaciones familiares o de grupos (o individuos aislados) de referencia socioafectiva, y en algunas situaciones también los pacientes con los que trabajamos se encuentran en una soledad extrema y arrasadora. En algunos casos la ausencia de referentes afectivos o una presencia no acorde a las necesidades del paciente, interfiere negativamente en el tratamiento, por eso se trata de construir un otro familiar posible: el hospital, la comunidad, etc.

En el contexto de diversos tratamientos por salud mental, sea en el marco de dispositivos de urgencias, tratamientos ambulatorios o internación, hemos trabajado con familiares o referentes afectivos que han referido, por ejemplo, “tirarle un baldazo de agua” (sic) a una paciente ante una crisis, en vez de acudir a una institución de salud, o que asocian la dificultad para levantarse de la cama de su familiar con sintomatología depresiva y con un intento previo de suicidio, como una cuestión meramente vinculada a algo voluntario, expresando “tiene que ponerle ganas” (sic).

Con la finalidad de establecer una ejemplificación clínica, podríamos hablar de una paciente joven que ha sostenido (por momentos con dificultades) un tratamiento ambulatorio por psicología y psiquiatría en el hospital, así como también diversas atenciones por guardia e internaciones por salud mental, cuyo referente fundamental es su madre. En este caso, se ha conformado un equipo diferente del enmarcado en el tratamiento individual para trabajar con la madre. Allí, en un principio, se han intentado esbozar cuestiones referidas al vínculo entre ambas, buscando propiciar un lazo familiar diferente posible. Si bien se han abordado cuestiones sobre qué le pasa a ella con su hija, con su maternidad, con el desborde que siente por ser la única a cargo de acompañarla en sus momentos de urgencia o ser la responsable del cuidado, y sostener económicamente el hogar, estos encuentros han operado como un apéndice del tratamiento individual, y esto ha sido encuadrado al inicio de los mismos.

En un inicio, la madre desplegaba un discurso invalidante respecto a lo que le sucedía a su hija. Si bien siempre se expresó con amor y preocupación sobre ella, también manifestaba angustia y agotamiento

extremos, con momentos de desborde emocional. A lo largo del tiempo, fue dándole valor al espacio, diciendo que la ayudaba y teniendo otra actitud, ubicando también cambios en el vínculo entre ambas. Se retiraba de cada cita diciendo sentirse más aliviada y agradecida, y también pudo hablar de su deseo de iniciar un tratamiento individual.

Un trabajo posible se orienta en función de que el familiar o referente socio-afectivo pueda dimensionar la gravedad de la sintomatología del paciente, y ubicar el alto grado de sufrimiento psíquico en el cual se encuentra (Mena y Paniza, 2013), ya que a veces por desconocimiento, los familiares le otorgan intencionalidad al padecimiento del paciente (Resnik, 2013).

En algunas ocasiones, comentó que ella intenta transmitir en el hogar lo que se llevaba del espacio individual a otros miembros de la familia. Quizás, esto que ella transmite en el hogar, pueda propiciar una circulación de lo que se ha trabajado aquí con otros miembros de la familia, quienes tal vez aún no se encuentran permeables a asistir. O al menos esta es una de las apuestas...

¿Cómo trabajar cuando la invalidación y el estigma vienen de parte del entorno familiar? Mena y Paniza (2013) plantean que como analistas debemos correr en nuestras intervenciones de aquello que se considera como lo esperable para una familia. Esto es significativo ya que “ni nacemos ni vivimos en soledad, los vínculos con los otros nos atraviesan y nos constituyen como sujetos” (Guterman Erlich, 2013).

En este sentido, Pichon Rivière (1971) propone que el paciente aparece como portavoz que denuncia conflictos del grupo familiar, y que acarrea un sentimiento crónico de inseguridad e incertidumbre. Asimismo, indica que la estructura grupal se altera y se producen perturbaciones en la asunción de roles. Por ejemplo, hijos pequeños o adolescentes que asumen un lugar de cuidado a sus mayores, o grupos familiares en los cuales se intensifica un mecanismo de segregación a partir del cual el paciente es alienado por su grupo inmediato.

Por su parte, Glasserman (2008) ubica un intenso sufrimiento en estas configuraciones familiares, pero plantea también una gran dificultad en que puedan hacer una lectura de corresponsabilidad, ya que antes de considerarse involucrados en lo que le sucede al paciente, tienden a depositar en él la causa de lo que les genera el sufrimiento, siendo un necesario y a la vez sumamente difícil trabajo que esto se pueda elaborar y desentramar. Cabe destacar, en este sentido, y siguiendo a Ana María Fernández (1989), que como en toda grupalidad, la familia consolida un conglomerado de representaciones imaginarias comunes, una red de identificaciones cruzadas, una ilusión y mitos grupales.

Si bien hay que poder ubicar los imposibles y hay algo de las dinámicas de vinculación familiar que probablemente no sea posible de abordar, y no es el objetivo de esta propuesta prever las complejidades de las interacciones que puedan darse entre diversos sujetos, ya que eso implicaría caer en una ingenuidad que podría derivar en la impotencia, sí sería necesario preguntarnos si es posible trabajar con una orientación a posibilitar espacios de elaboración del grupo familiar respecto al padecimiento del paciente.

El trabajo con familias en dispositivos de urgencias o en una internación por salud mental es complejo y multidimensional. La internación de un miembro de la familia puede generar diversas dificultades y tensiones en el entorno socio-laboral y en la dinámica familiar. En este sentido, el trabajo con familias es mucho más profundo e implica un abordaje más exhaustivo que una mera entrevista psicoeducativa en la cual se le transmita al referente afectivo información respecto al padecimiento de su familiar. Este tipo de abordajes no llega a alcanzar lo que podría denominarse como trabajo con familias, lo cual ha demostrado ser “un abordaje fundamental, tanto como objeto de intervención per se, como por el sufrimiento que produce en la misma el padecimiento de uno de sus miembros” (Mena y Paniza, 2013).

En cuanto a las estrategias clínicas, resulta importante realizar una evaluación de las necesidades y recursos de la familia, considerando los aspectos emocionales, sociales y laborales. Esto podría permitir comprender mejor la situación y adaptar las intervenciones a la singularidad de cada paciente y de cada acompañante. Existen casos en los cuales la familia opera como lugar de contención y apoyo,

promoviendo y favoreciendo el tratamiento del paciente. En otras situaciones, hay mecanismos familiares que profundizan el padecimiento o que operan como obstáculos en el tratamiento, y que por ende un espacio familiar se vuelve condición ineludible para el tratamiento en sí (Gamaldi, López y Montezanti, 2013).

A partir de esta experiencia, puede decirse que existen casos complejos que requieren de un abordaje desde distintas aristas, en equipo, tendiendo a diversificar la transferencia, resultando fundamental que los profesionales que realizan el acompañamiento familiar o a referentes socio-afectivos sea distinto al que se ocupa del tratamiento individual, con la finalidad de poder separar las cuestiones a trabajar, apareciendo como un lugar de terceridad, por fuera del tratamiento individual, donde exista un lugar para quien acompaña donde depositar y elaborar cuestiones negativas que les despierte su familiar, y contemplando una visión ampliada del padecimiento por salud mental. Este tipo de construcciones a medida para situaciones complejas, podría hacernos pensar en que existe en estos espacios algún esbozo de transferencia de trabajo, alguna versión de un lazo que permite operar y que nuestras intervenciones sean recibidas.

Finalmente, resulta fundamental tener en cuenta que se encuentra vigente en la Provincia de Buenos Aires un Plan Provincial Integral de Salud Mental (2022), que propone, en consonancia con nuestra Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), el armado de estrategias de cuidados progresivos con base en la comunidad y la construcción de redes en salud.

De acuerdo a esta experiencia, que va a la par con nuestra legislación vigente, es fundamental la construcción de redes con base en la comunidad, siendo necesario establecer abordajes con quienes sostienen a los pacientes por fuera de la institución. Se ubica la importancia de este trabajo en la necesidad de transmitir, desarrollar y promover dispositivos de este estilo en el sistema público de salud.

Bibliografía:

- Canevaro, A. (1978). Un modelo de ficha clínica familiar, *Terapia Familiar*, N° 2, 11-27.
- Canevaro, A. (1982). El contexto trigeneracional en terapia familiar. Un modelo de investigación clínica y abordaje terapéutico. *Terapia Familiar*, Año 5, N°9, 101-118.
- Canevaro, A. & Czertok, O. (1969). La coterapia como modificación integradora en el encuadre de la terapia grupal. Presentado en IV Congreso Internacional de Psicodrama y I Simposium Panamericano de Psicoterapia de Grupo, Buenos Aires, Agosto de 1969. Manuscrito no publicado.
- Droeven, J. (Comp.) (2000). *Devenir de las ideas en una institución de terapia familiar*. Buenos Aires: CEFYP.
- Fernández, Ana María (1989). El campo grupal. Notas para una genealogía. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- Gamaldi, R., López, B., y Montezanti, M. (2013). El abordaje de lo familiar en el ámbito hospitalario. *Clepios, revista de profesionales XIX - No 2: 65-71*.
- Glasserman, M. R. (2008). *Familias gravemente perturbadas*. Buenos Aires: Lugar Editorial

- Gutreiman Erlich, J. (2013). Cadáver exquisito. Trabajo con familias. La dimensión vincular en la “caja de herramientas” del psiquiatra. Reflexiones sobre diagnósticos y tratamientos. Clepios, revista de profesionales XIX - No 2: 66-67.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010)
- Mc Goldrick, M.; Gerson, R. (2003). *Genogramas en la Evaluación Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- McGoldrick, M., Petry, S. & Gerson, R. (en prensa). Genograms: Assessment and Intervention [Selección de cátedra. Versión en español traducida por Sebastián M. Benítez: Genogramas: Evaluación e intervención. Formato Estandarizado de Notación]. W. W. Norton.
- Mena, M.E. y Paniza, E. (2013). Un acercamiento a la experiencia. Clepios, revista de profesionales XIX - No 2: 60-64.
- Ministerio de Salud de la PBA (2022) Plan provincial integral de salud mental. Hacia un sistema integrado de salud 2022-2027. Recuperado de: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/07/PLAN_PCIAL_SALUD_MENTAL_-2022_07_13.pdf
- Morín, E. (1990) Introducción al pensamiento complejo. Ed Gedisa.
- Pichon Rivière, E. (1971). Del Psicoanálisis a la Psicología Social, Vol. 2, Buenos Aires: Galerna.
- Resnik, A. (2013). Cadáver exquisito. Trabajo con familias. Una modalidad de abordaje de la familia del paciente con patología mental. Clepios, revista de profesionales XIX - No 2: 68-69.
- Sluzki, C. (1998). *La red social*. Barcelona: Gedisa.
- Telfener, U. (2012). La elección clínica entre indecibles e indeterminables. En M. Bianciardi y F. Gálvez Sánchez (Comp.). *Psicoterapia como ética. Condición posmoderna y responsabilidad clínica* (pp. 117-134). FACSO.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., Jackson, D. (1971) Teoría de la comunicación humana Interacciones, patologías y paradojas, 1ª Edición, Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires