

DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO UTILIZANDO EL InterRAI SALUD MENTAL

Andrea Vacarezza¹, Carlos Cruz²

RESUMEN

Se presenta el análisis de un caso clínico ingresado con el instrumento InterRAI de Salud Mental. El caso fue incluido durante el estudio piloto realizado en el Hospital del Salvador el año 2005. Su selección fue aleatoria entre todos los pacientes del estudio piloto.

Se presenta un análisis descriptivo del paciente y luego de los protocolos, escalas y aportes al clínico.

Palabras Claves: Caso clínico; InterRAI; Salud Mental.

DESCRIPTION OF A PATIENT USING THE InterRAI MENTAL HEALTH

ABSTRACT

This work presents the description and analysis of one clinical case using the InterRAI-Mental Health instrument. The patient was selected randomly, from cases of a pilot study done at Hospital del Salvador, in Chile during 2005.

The analysis includes the description of the case itself as well as the analysis of the scales, protocols and clinical contributions as part of the results.

Key Words: Clinical case, InterRAI; Mental Health.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años existe un creciente interés en la implementación de sistemas digitalizados de información que recolecten datos clínicos relevantes

para los profesionales de salud (8). Sin embargo la mayoría adolece del uso de información parcializada y que no puede ser compartida o contrastada con otras unidades de atención. El desarrollo de pruebas estandarizadas y validadas en Chile ha sido un gran paso (3).

Nuestro equipo, generado a instancias de la iniciativa del Ministerio de Salud por medir la calidad de los procesos en salud (2), fue entrenado y realizó un estudio piloto en nuestro país, de cuya base de datos se extrajo este caso clínico, motivo del presente trabajo (11)

Metodología:

El objetivo del presente estudio es hacer un análisis descriptivo de un caso ingresado con la ficha InterRAI de salud mental. La selección del caso a analizar fue aleatoria, de entre los pacientes ingresados en el primer estudio piloto del InterRAI en Chile, el año 2005. Se resumió la información obtenida la ficha clínica, de modo de obtener una descripción acabada del caso. Luego, se analizaron las escalas y/o protocolos, según los puntajes obtenidos.

Resultados:

1. Análisis Descriptivo Caso Salud Mental: A. Identificación

Nombre: JF (ficticio)

Ficha: N °: 04-1011

Centro de Referencia: Hospital del Salvador: Unidad de Hospital Diurno

Fecha de apertura del caso: 1 de Septiembre de 2005

Fecha de evaluación: 27 de septiembre de 2005

1 Psicóloga, Magíster © en psicología clínica. Guardia Vieja 181. of. 606. avacarez@gmail.com

2 Médico psiquiatra, Magíster en Salud Pública, Docente Universidad Adolfo Ibáñez. Luis Thayer Ojeda Norte 0130 oficina 607 Providencia. carlosacruzmar@hotmail.com

Motivo: Investigación

Paciente de sexo femenino de 55 años. Convive con su pareja, viviendo ambos solos en casa propia. Es evaluada debido a un reingreso al centro. Ingresa voluntariamente y accede a ser evaluada.

Ella es capaz de proporcionar información de su historia, puede manejar sus propiedades y es capaz de autorizar el tratamiento que se le señale.

B. Historia de atenciones en Salud Mental

JF es ingresada al centro al momento de la evaluación, debido a que presentaba dificultades para hacerse cargo de sí misma, secundarias a su enfermedad mental; tenía problemas de adicción y síntomas psiquiátricos específicos.

Durante su vida, la paciente ha tenido entre 1 y 3 ingresos psiquiátricos, ingresando por primera vez entre los 25 y 44 años. El último contacto que había tenido con algún profesional de la salud mental o agencia comunitaria, al momento de la evaluación, había sido hace 30 días atrás. La última hospitalización había durado entre 31 días y 1 año.

C. Sintomatología:

La paciente presentó un grado de comprensión total de su enfermedad.

Respecto a los *síntomas afectivos*, en los últimos tres días presentó diariamente expresión facial preocupada y triste, llanto, disminución de energía, expresiones negativistas, desvalorización de sí misma, culpabilidad, desesperanza, irritabilidad, labilidad afectiva y apatía.

Hace más de un año hizo un intento de suicidio, con la intención de morir. Sin embargo, al momento de la evaluación no había indicadores de que la paciente quisiera hacerse daño a sí misma.

En cuanto a los *síntomas ansiosos*, en los últimos tres días presentó diariamente quejas constantes, expresiones de miedo infundado, pensamientos perturbadores y crisis de pánico.

Los *síntomas de negatividad* que presentó diariamente en los últimos tres días fueron: falta de interés para disfrutar la vida, pérdida del interés en actividades y relaciones interpersonales, falta de motivación y disminución de la interacción.

Otros *síntomas* que presentó diariamente en los últimos tres días fueron: quejas respecto a su salud, preocupación de que algo terrible podía pasarle, enfado consigo misma y otros, sueño excesivo y problemas de insomnio.

Al evaluar el *consumo de alcohol y drogas*, se observa que en los últimos 14 días antes de la evaluación, JF había consumido 5 o más tragos de alcohol de una vez. En los últimos 30 días antes de la evaluación, llegó al grado de intoxicación alcohólica diaria y presentó síntomas de abstinencia severos. No consume ni ha consumido otras drogas.

Respecto al manejo de la *violencia* hacia otros, JF nunca ha presentado episodios de violencia verbal, física o sexual hacia terceros.

Respecto a su *conducta*, no se han observado nunca problemas de comportamiento socialmente inaceptables o conductas sexuales públicas inaceptables. No se ha rehusado al cuidado y no manifiesta algún síntoma conductual perturbador.

En cuanto a su *funcionamiento cognitivo*, JF estaba moderadamente incapacitada para tomar decisiones, es decir, tomaba decisiones riesgosas y necesitaba supervisión constante. Se observó un adecuado funcionamiento de su memoria a corto y largo plazo. A nivel de pensamiento, siempre ha presentado distracción y variabilidad en sus habilidades cognitivas durante el día. Al momento de la evaluación, se observaron cambios agudos en su estado mental en comparación con su estado usual y se encontraba más incapacitada que hacía 90 días atrás para tomar decisiones.

A nivel de su *funcionamiento sexual*, JF no había presentado problemas en los últimos 30 días.

En relación a las *actividades de la vida diaria* y actividades instrumentales de la vida diaria, JF no

presentó ningún problema, siendo capaz de hacerse cargo de sí misma en los distintos aspectos que son necesarios.

D. Estado de salud físico:

JF presentó dificultades moderadas de visión. En los últimos tres días presentó diariamente los siguientes síntomas: mareo, alteraciones en su apetito y dificultad para orinar. También refirió equilibrio inestable, pero no en los últimos tres días. Se observó la presencia de fatiga moderada que la lleva a no poder completar las actividades normales de la vida diaria por falta de energía. Los síntomas extrapiramidales presentados en los últimos tres días fueron: bradiquinesia y lentitud en el caminar. JF presentó no presentó problemas en la piel ni en los pies y no había presentado síntomas de dolor. En cuanto a su estado nutricional, mide 1,66 mts. y pesa 95 kg. En los últimos 30 días aumentó en un 5% sobre su peso habitual. JF no ha dedicado horas al día para hacer actividad física en los últimos tres días. JF califica su estado de salud como malo.

E. Estresores Psicosociales:

En los últimos siete días estuvo preocupada por la salud de otra persona, tuvo problemas con sus hijos (nacimiento, custodia, adopción) y fue víctima de maltrato psicológico y físico. Hace más de un año vivió la muerte de un familiar cercano, tuvo conflictos de pareja (separación) y abandonó los estudios. Uno o más de estos sucesos le evocan sentimientos de terror o miedo intenso.

F. Situación Psicosocial actual (empleo, redes de apoyo):

En cuanto a la red de apoyo, JF no tiene relaciones de apoyo estrechas con su familia. Tanto ella como sus familiares señalaron que tenían una relación disfuncional. Sin embargo, cuenta con ellos en momentos de crisis. Su familia y amigos manifestaron sentirse abrumados con la enfermedad de JF.

Respecto a su situación laboral, la paciente estaba desempleada y no se encontraba buscando trabajo. No realizaba trabajos voluntarios y no estaba inscrita en algún programa educacional. Se observó una historia persistente de inestabilidad laboral en los últimos dos años. Sin embargo, JF no manifestó tener problemas económicos o deudas.

G. Evaluación diagnóstica multiaxial:

- Eje I: Trastorno de dependencia al alcohol
Trastorno afectivo bipolar
- Eje II: Trastorno de personalidad limítrofe
- Eje III: Hipertensión arterial
- Eje IV: Violencia intrafamiliar, problema con hijos, enfermedad de alguien cercano
- Eje V: 50

H. Plan de Tratamiento:

El plan de tratamiento que recibió en los últimos siete días incluyó: apoyo en funcionamiento social y familiar, rehabilitación psicosocial, desintoxicación y seguimiento en la recuperación, tratamiento por el consumo de drogas y alcohol, control y manejo de la rabia, manejo del comportamiento, tratamiento para estrés post traumático. Para llevar a cabo este plan, recibió terapia individual, terapia grupal, de pareja, participación en grupos de autoayuda y terapias complementarias. En los últimos siete días fue vista, al menos cinco veces, por el psicólogo, el psiquiatra, la asistente social, el terapeuta ocupacional y la enfermera. Cinco veces, en siete días, necesitó de intervención en crisis y orientación individual por parte del equipo. Una vez requirió de una consulta para apoyo familiar. Durante el tratamiento se hizo necesario supervisar a JF cada 1 hora o más. Nunca ha recibido electroterapia como tratamiento. El plan de tratamiento incluía un periodo de estadía en la unidad de más de 91 días. Desde que se inició el tratamiento se observó una mejoría.

I. Medicamentos:

Los medicamentos prescritos fueron:

- Acido valproico (250 mg) dos veces al día

- Diazepam (10 mg) tres veces al día
- Venlafaxina (150 mg) una vez al día
- Clorpromazina (100 mg) una vez al día
- Atenolol (50 mg) una vez al día
- Risperidona (1 mg) Una vez al día
- Tiamina (10 mg) una vez al día
- Acido fólico (1 mg) una vez al día

En los últimos tres días, JF no se había rehusado a tomar los medicamentos prescritos. Si los dejó de tomar debido a los efectos secundarios, en los últimos tres meses. En los últimos 90 días no ha abusado de los medicamentos prescritos o de otro no prescrito. Presenta alergia a algunos medicamentos.

2. Análisis: conclusiones, protocolos y escalas del caso de Salud Mental

La historia de hospitalización de la paciente, junto con la pérdida de capacidad para hacerse cargo de sí misma, hacen pensar inmediatamente en un caso complejo. Al ir avanzando en su sintomatología, su gravedad se hace más evidente. En primer lugar destaca la presencia diaria de intensa sintomatología depresiva. A esto se le suman crisis de pánico y abuso de alcohol hasta llegar al estado de intoxicación diario. No es difícil comprender, desde este cuadro sintomatológico, que le esté siendo difícil tomar decisiones y encargarse de sí misma. Podría ser relevante indagar en qué aspecto no es capaz de hacerse cargo, ya que al menos, en las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria, no presenta problemas.

Al evaluar su estado de salud física, muchos de los síntomas (problemas de energía, mareos, problemas de apetito, aumento de peso, equilibrio inestable), pueden comprenderse desde el cuadro sintomatológico descrito más arriba, a saber, depresión, ansiedad y dependencia al alcohol. Por esto, tal vez sería central estabilizar a la paciente, para luego evaluar nuevamente los problemas físicos de los que se ve aquejada.

Dos aspectos más que cabe destacar, ya que agravan el caso, son la presencia de violencia física y psicológica actual y, la falta de red de apoyo. Estas

áreas requieren de intervención, ya que probablemente están muy asociadas al cuadro desarrollado por la paciente.

En cuanto al tratamiento, el plan pareciera estar abordando todas las áreas consideradas: manejo del problema de alcoholismo, manejo de los problemas de violencia (tratamiento de estrés post traumático) y abordaje de los problemas de relación y vinculación con redes de apoyo. La gravedad del caso permite comprender el alto gasto tanto en medicamentos como en recursos profesionales destinados a la paciente (7).

Al analizar las escalas, se observa que en el caso de JF, se activaron la escala de funcionamiento cognitivo, la de depresión, la de síntomas de negatividad y la de adicción y consumo de sustancias. En cuanto a las tres últimas, se activaron todos los ítems, lo que señala que la paciente tiene problemas severos en las tres áreas. Respecto a la escala de funcionamiento cognitivo, los cuatro puntos que arroja dan cuenta de una incapacidad moderada a severa (**Ver Tabla N° 1**).

Los protocolos activados en el caso de JF son 17 (**ver Tabla N° 2**). Todos ellos vinculados a áreas en las que la paciente requiere apoyo. Sin embargo, cabe destacar que como el InterRAI-SM se basa en la visión del clínico, estos protocolos son guías que le permiten al profesional tener una visión general de las áreas afectadas de la vida del paciente, para luego, según su criterio y conocimiento del caso, determinar cuáles serán abordadas (9).

Con las escalas y protocolos se puede tener una visión general de la paciente: JF presenta abuso de alcohol, está cursando un episodio depresivo dentro de un trastorno bipolar, presenta problemas cognitivos, específicamente en la toma de decisiones, presenta problemas en el funcionamiento social y escasa red de apoyo.

Se analizará uno de los protocolos para proporcionar una visión del aporte de éstos (4)

- Protocolo de sistema de apoyo/ apoyo social (**ver Anexo N°1**).

TABLA N° 1
Escalas activadas en caso de paciente JF

Escalas	Puntajes
1a. Actividades de la Vida Diaria (formulario corto)	0/16
1b. Actividades de la vida diaria (Jerarquía)	0/6
2. Escala de Conducta Agresiva	0/12
3. Escala del Funcionamiento Cognitivo	4/6
4. Escala de clasificación de la Depresión	14/14
5a. Actividades instrumentales de la vida diaria	0/30
5b. Capacidad en AIVD	0/42
6. Escala de Síntomas de Negatividad (retraimiento)	8/8
7. Escala de Dolor	0/3
8. Escala de Síntomas Positivos	0/8
9. Adicciones y Consumo de Sustancias	4/4

TABLA N° 2
Protocolos activados en caso de paciente JF

Protocolos	Activación (1= sí; 0 = no)	Protocolos	Activación (1= sí; 0 = no)
1. Violencia	0	14. Puerta giratoria	0
2. Autoagresión	1	15. Recursos al alta	1
3. Abuso por parte de otros	1	16. Conducta Adictiva	1
4. Actividad Criminal	0	17. Nutrición	1
5a. Actividades de la vida diaria.	0	18. Deshidratación	1
5b. Actividades instrumentales de la vida diaria	0	19. Polidipsia	0
		20. Condiciones de la Piel y de los Pies	1
6. Funcionamiento Social	1	21. Dolor	0
7. Conflicto Interpersonal	1	22a. Funcionamiento Vesical	0
8. Rehabilitación Vocacional	1	22b. Funcionamiento Intestinal	0
9a. Sistemas de Apoyo/ Apoyo Social	1		1
9b. Sistemas de Apoyo / Estrés del Cuidador (la persona que provee el cuidado)	1	23. Cognición	
		24. Trastornos en la Comunicación	0
10. Estado Económico	1	25. Conducta alterada	0
11. Adhesión	1	26. Autonomía Decisional	1
12. Restricción Física	0		
13. Uso de Medicamentos para controlar el paciente	1		

Todos los protocolos comienzan con una lista de las preguntas de la ficha que lo activaron.

Luego viene una definición, en este caso, de cómo se va a entender apoyo social. Posteriormente vienen ciertas referencias históricas que explican la relevancia del apoyo social en general y, específicamente para pacientes psiquiátricos.

A continuación aparecen ciertas directrices que sirven de guía para el manejo del tema en cuestión, en este caso, el sistema de apoyo. Se señala, por ejemplo, que es de fundamental importancia detallar la constitución de la red social del paciente. Se plantea la importancia de evaluar la tolerancia del paciente a la interacción social, y desde ahí, se deriva al clínico al protocolo de Conflicto interpersonal, el cual, si se observa más arriba, también está activado en esta paciente. Se propone evaluar la fase de la condición actual del paciente, ya que dependiendo de esto es qué tan beneficiado puede verse de una red mas heterogénea o, si tal vez necesita un apoyo mas íntimo hasta estar más estable. Se resalta la relevancia de evaluar a la familia y los vínculos, ya que no solo importa el apoyo instrumental que pueda proporcionar sino también, la calidad de las relaciones, las cuales pueden ayudar a mejorar o empeorar el estado del paciente.

Se enfatiza la necesidad de proponer intervenciones terapéuticas que permitan convertir a pacientes individuales en "mejores receptores" de apoyo social, y a la vez, a miembros de la red social del paciente en "mejores proveedores potenciales" de apoyo. Se proponen alternativas para activar redes para el paciente.

Como se puede observar, el protocolo no señala caminos obligatorios a seguir, es decir, no da reglas sino lineamientos para la acción que permitan al equipo tratante plantearse diversas preguntas ante el problema del paciente, de modo de comprenderlo

y abordarlo desde distintas aristas, en lugar de pensarlo solo desde un punto de vista. Es distinto decir que el paciente tiene poca red de apoyo porque su familia no se interesa por él a preguntarse tanto por los vínculos familiares, las posibilidades de relación del paciente y la fase de su enfermedad.

Discusión

Al analizar el caso se puede tener una comprensión acabada de la problemática por la que pasa la paciente, no centrándose únicamente en el diagnóstico psiquiátrico sino también, en todos los factores y áreas afectadas en su vida en este momento (12). Esta visión multidimensional es coherente con las propuestas ministeriales que apuntan a una comprensión y tratamiento de los casos desde una perspectiva biopsicosocial (10).

El caso de JF enfrenta al clínico a una patología dual, lo que hace más difícil el manejo ya que aumentan los riesgos de recaídas, suicidio y problemas psicosociales (1) Todos estos problemas son detectados por el instrumento, el cual agrupa la información respecto a hospitalizaciones anteriores, intentos de suicidio, estresores psicosociales y problemas en los vínculos familiares y red de apoyo. Así, se hace posible tener una visión global, no segmentada del paciente y, por lo tanto, permite abordar de manera integral el caso.

Al analizar la complejidad del caso de JF, gracias a la sistematización de la información y las alertas, ya sea por las escalas o los protocolos, es posible ver que éste es un caso que justifica el uso de más recursos para enfrentarlo (5).

Finalmente, cabe destacar que los protocolos proporcionan un aporte de gran relevancia en la planificación de tratamientos, ya que permiten considerar diferentes puntos de vista en el manejo del caso, puntos que, en ocasiones, pueden pasar desapercibidos y que podrían ser de gran utilidad. (6).

ANEXO Nº 1**PROTOCOLO CLÍNICO****IX.- SISTEMAS DE APOYO****• OBJETIVO**

Este MHAP tiene dos objetivos fundamentales. Primero, alertar a los terapeutas de la importancia de los apoyos comunitarios (de naturaleza oficial o extra oficial) para individuos diagnosticados con problemas de salud mental y recomendar las opciones de rehabilitación para aumentar la disponibilidad de apoyos sociales y nutrir la adecuada interacción social. Segundo, identificar familias y otras fuentes extra oficiales de apoyo que tengan dificultades para responder a las necesidades expuestas por los pacientes.

A. APOYOS SOCIALES**• DETONANTES O GATILLANTES**

Se garantiza la evaluación del sistema de apoyo si uno o más de los siguientes está presente:

- El paciente comunica que no tiene confidente [S4a = _]
- Contacto con la familia o los amigos hace más de 30 días [S6 = 1]
- Falta de apoyo emocional [T1a A = 0]
- No tiene apoyo rutinario en AVD o AIVD [T1b A = 0]
- No tiene ayuda en el cuidado de los niños [T1c A = 0]
- No tiene apoyo en la crisis [T1d A = 0]

• DEFINICIÓN

El apoyo social se refiere a los mecanismos que recibimos de los miembros de la red social. Los “tipos” de apoyo que recibimos de los demás pueden clasificarse en distintas maneras. Apoyo emocional se refiere a las interacciones con los demás que fomenta la sensación de alivio y le lleva a un individuo a creer que es amado y respetado por los demás. Apoyo cognitivo se refiere a la información, conocimientos y consejo que recibimos de los demás que nos ayuda a entender

el mundo y a encajar los cambios (por ejemplo, información de un amigo sobre las probabilidades de trabajo, hablar con un confidente durante una crisis o un acontecimiento doloroso). Apoyo material se refiere a los bienes y servicios específicos recibidos de los vínculos sociales extra oficiales (familia, amigos y vecinos) y vínculos sociales oficiales (trabajadores sociales, psiquiatras).

• HISTORIAL

Ahora existe la evidencia empírica sustancial que demuestra que los vínculos sociales y el apoyo social juegan un papel de gran influencia en el mantenimiento de la salud y una vulnerabilidad diferencial a la enfermedad. Los estudios epidemiológicos encuentran repetidamente que los individuos que muestran altos niveles de apoyo emocional, compañerismo e integración social tienden a estar más asociados a bajos porcentajes de mortalidad y enfermedad que los que están aislados y/o reciben poco apoyo social.

Dado que el apoyo social parece importar para conservar la salud y el bienestar de todas las personas en general, puede ser especialmente importante y problemático para los que tienen una enfermedad mental diagnosticada. Aquellos diagnosticados con un trastorno psiquiátrico tienen frecuentemente menos acceso a los vínculos sociales y en consecuencia menos mecanismos potenciales de apoyo. Sin hacer caso de la medida de tales asociaciones –número de familia y amigos, indicadores de la configuración de la red social, estado civil, y/o nivel de las actividades sociales– los mecanismos sociales de los que están mentalmente enfermos tienden a ser menores y menos variados que los de los que nunca han necesitado los servicios de salud mental. Por ejemplo, individuos diagnosticados con esquizofrenia (especialmente hombres diagnosticados con esquizofrenia) es mucho más probable que sean solteros que aquellos que nunca han sufrido una enfermedad mental importante.

Las redes de los mentalmente enfermos son más pequeñas en tamaño y menos heterogéneas en la composición de sus miembros. En el caso de condiciones más crónicas las redes tienden a ser dominadas por alguien cercano y se caracterizan por

mayores grados de dependencia del paciente con la persona cercana con, una falta de reciprocidad en intercambios de apoyo. Las redes sociales extra oficiales de los individuos con un trastorno psicótico tienden a ser más homogéneos en su composición, con pocos vínculos sociales fuera de la familia. Una red social diversa, compuesta de diferentes "tipos" de vínculos sociales, tiende a ser de mayor soporte porque tales redes tienen el potencial para cubrir más áreas de contenido o funcionales de compañerismo, información, consejo, y servicios.

Un apoyo equilibrado de los apoyos comunitarios (tener familia y amigos, y otros vínculos sociales) puede contribuir drásticamente a mejorar la calidad de vida de alguien diagnosticado con una enfermedad mental importante.

• DIRECTRICES

1) Visión de conjunto.

El apoyo social puede influenciar positivamente la adaptación social y emocional entre las personas con una enfermedad mental de larga duración. Por lo tanto representa un objetivo prometedor para los esfuerzos de intervención al servicio de adaptación a la comunidad.

Una serie de factores pueden contribuir a la total falta de mecanismos de apoyo que caracteriza a los ex enfermos psiquiátricos. Períodos esporádicos de hospitalización, capacidades sociales pobres y una reducción general en la competencia social, la ocurrencia de síntomas que con frecuencia producen comportamiento peligroso y/o paranoico y el estigma resultante asociado a la enfermedad mental; todo esto puede erosionar la capacidad del paciente para asegurar y mantener los vínculos comunitarios. Después del alta del hospital muchos ex pacientes se encierran en sí mismos, cayendo entre los barrotes de los servicios de salud mental.

2) Plan terapéutico

a. Detallar la red social del paciente es un primer paso importante en el plan terapéutico. Deberían formularse preguntas a propósito de la composición de la red social (número de amigos de la familia, contacto con los que puedan pro-

porcionar apoyo oficial), frecuencia de contacto, satisfacción con su red social y el apoyo recibido de tales vínculos.

- b. El aumento de la integración comunitaria, en un sentido absoluto, puede no siempre ser una meta deseable para enfermos mentales crónicos. Además, la integración comunitaria es percibida más como un continuo, y para algunos individuos es más deseable menos participación. La asociación entre integración social, apoyo social y varios resultados positivos no puede resumirse simplemente con un "cuanto más iguales mejor". Esto es porque la familia puede ser un apoyo, pero también pueden no ser un apoyo o incluso una causa de dolor. Los que hacen el plan terapéutico deberían evaluar la tolerancia de un paciente a la interacción social. Ver también MHAP en Conflicto interpersonal para ejemplos de la presencia de un conflicto dentro de la red.
- c. El potencial del apoyo de la red social de un paciente puede depender de la fase de la condición actual del paciente. Durante el comienzo de la enfermedad o durante una recaída, el paciente dependerá más de las relaciones íntimas, confidentes. Sin embargo, tras el alta y/o mejora de las circunstancias, una red social más heterogénea puede ser más fortalecedora, otra vez debido a que se puede hacer uso de una gran diversidad de áreas de contenido (consejo, información sobre empleos y vivienda, apoyo emocional, ayuda económica).
- d. Al menos algún grado de evaluación de la familia debería ser un componente de cada plan terapéutico. Tales valoraciones alertarían a los médicos de fuentes potenciales de dolor y trastornos en el ambiente familiar. Por ejemplo pacientes al cargo de una familia de emoción explícita media alta (alta en hostilidad, comentarios críticos y sobre implicación emocional) tienen mayor tendencia a experimentar altos niveles de síntomas y recaen mucho más pronto que los individuos a cargo de una familia caracterizada por ser baja en emoción explícita. En situaciones donde la familia presenta una emoción explícita alta sus miembros son percibidos más como causantes de dolor que como una fuente de apoyo.

- e. Las familias pueden ser importantes fuentes de apoyo instrumental y emocional para sus miembros; sin embargo estos vínculos pueden ser una fuente del sufrimiento. La asistencia de estos pacientes puede ser una fuente de sufrimiento y una carga para los cuidadores de la familia.
- f. Los puntos anteriores enfatizan la necesidad de intervenciones terapéuticas para convertir a pacientes individuales en “mejores receptores” de apoyo social, pero también para convertir a miembros de la red social del paciente en “mejores proveedores potenciales” de apoyo. Tanto si este “otro” se refiere a una persona específica (un padre, cónyuge, amigo, vecino o trabajador social) o a un grupo social de algún tipo (grupo de auto ayuda, club) los intercambios de apoyo deberían asumir al menos algunas relaciones interpersonales y algunos grupos sociales. No son sólo los pacientes los candidatos para las intervenciones encaminadas a aumentar la totalidad de la experiencia de apoyo sino también otros participantes dentro de la red social del paciente. Utópicamente las intervenciones de apoyo deberían intentar actuar sobre tantos participantes (potenciales) como fuese posible. Los miembros de la familia pueden recibir instrucciones específicas sobre cómo ser proveedores de apoyo más efectivos a la vez que se evita los peligros de que el proveedor de asistencia se desgaste.
- g. El programa de visitante amistoso es un ejemplo de una intervención interpersonal. Dentro de tales programas los voluntarios se asignan a pacientes psiquiátricos o pacientes de alta que viven en la comunidad. Los programas de voluntarios pueden ser fuentes ideales de apoyo social y compañerismo para muchos de los enfermos mentales más aislados, ya que proporcionan a los pacientes la oportunidad de interactuar con los demás de una manera casual, no entrometida. Tales voluntarios representan el añadido potencial de “vínculo libre” en la red social del paciente. Los voluntarios no viven con el paciente y ambos participantes pueden acordar dónde, con qué frecuencia y cuándo deberían reunirse. En este sentido se le proporciona al paciente algún tipo de control sobre el proceso de interacción. Lo que es más, al ser un vínculo extra oficial libre, ayuda a reducir el riesgo de sobre implicación emocional.
- h. Es importante también considerar intervenciones a nivel de grupo. Dichos grupos sociales pueden tener como base una estructura educacional semi estructurada (programas semanales de habilidades vitales) o informal (cafetería, y/o clubs de hobbies o deportes). Un beneficio adicional de estos grupos es que proporcionan la oportunidad de la interacción social importante dentro de la base local del paciente. Por ejemplo, grupos basados en hobbies y deportes pueden facilitar una atmósfera en la que se comparte el tiempo libre y el simple disfrute con otros. Alternativamente, grupos sociales basados en un formato de auto ayuda pueden proporcionar la oportunidad a los individuos de compartir problemas y experiencias con los miembros. Los grupos de auto ayuda también pueden proporcionar la oportunidad a sus miembros de ayudarse unos a otros, y por tanto consiguiendo un sentido de reciprocidad en el proceso de intercambio social.

• OTRAS LECTURAS

1. Gottlieb, B. H. (1979). Social Networks and social support in community mental health, pp. 11-41 in Benjamin Gottlieb (ed.). **Social Networks and Social Support**. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
2. Leff, J. & Vaughn, C. (1985). **Expressed emotion in families** : its significance for mental illness. New York, N.Y.: Guilford Press.
3. Prendergast, P.J. (1995). Integration of psychiatric rehabilitation in the long-term management of schizophrenia. **Canadian Journal of Psychiatry**, 40 (Supplement 1), S18-S21.

• AUTORES

1. Trevor Frise Smith, Ph. D.; David H. Erickson, Ph. D., C. Psych ; Judith Levene, M.S.W., Ph. D.
2. John P. Hirdes, Ph. D.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casa, M.; Guardia, J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo **ADICCIONES**. 14 (1):195 – 219. 2002
<http://www.adicciones.es/files/casas.14.pdf>
2. Cruz C., Florenzano R., Lara C., Vacarezza A., Hirdes J., Pérez E., Trapp A., Riedel K., Estudio piloto de aplicabilidad de un sistema clínico internacional de evaluación de calidad de atención en salud mental a pacientes psiquiátricos chilenos. **Acta Latinoamericana de Psiquiatría**, 6: 25-30. 2006
3. De la Parra, G. y Von Bergen, A. El instrumento OQ45.2 que mide resultados terapéuticos como herramienta de investigación psicoanalítica. En: **Revista Chilena de Psicoanálisis**. Vol. 17 (2): págs. 143- 156. 2000
4. Hirdes, J. P., Pérez, E., Curtin-Teledgi, N., Prendergast, P., Morris, J. N., Ikegami, N., Fries, B. E., Phillips, C. RAI-Salud Mental (RAI-MH): **Manual de Instrucción y Versión Guía de Recursos 1.0 Toronto**: Queen's Printer for Ontario, 1999.
5. Hirdes, J. P., Marhaba, M., Smith, T. F., Clyburn, L., Mitchell, L., Lemick, R. A., Telegdi, N. C., Pérez, E., Prendergast, P., Rabinowitz, T., Yamauchi, K. Developmento of the Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH). **Hospital Quarterly**. 4: 44 – 51. 2001
6. Hirdes, J. P., Smith, T. F., Rabinowitz, T., Yamauchi, K., Pérez, E., Curtin-Teledgi, N., Prendergast, P., Morris, J.N., Ikegami, N., Phillips, C., Fries, B.E. The Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH): Inter-Rater Reliability and Corvengent Validity. **Journal of Behavioral Health Services & Research**. 29 (4): 419 – 432. 2002
7. Hirdes J., Fries B., Botz C., Ensley C., Marhaba M., Pérez E. on behalf of the JPPC Case-Mix Advisory Group (CMAG) and interRAI. The system for classification of In-Patient Psychiatry (SCIPP): **A new Case mix methodology for mental health**. 2003.
8. Joubert A. PQM-Psychiatry Quality Measurement. **International Clinical Psychopharmacology**, 16 (3): S25-S33. 2001.
9. Mcdonald R., Waring J, Harrison S., Walshe K. and Boaden R. Rules and guidelines in clinical practice: a qualitative study in operating theatres of doctors' and nurses' views. **Quality and Safety in Health Care**, 14:290-294. 2005
10. Minoletti, A.; Zaccaria, A. The National Mental Health Plan in Chile: 10 years of experience. **Rev Panam Salud Publica** [online]. 18, (4-5): 346-358. 2005.
11. Narváez P, Álvarez N., Muñoz K. Instrumentos para evaluación de la calidad de la atención de salud mental en la red asistencial y establecimientos residenciales. **Ediciones MINSAL** 2006.
12. Wellock CM. Is a diagnosis-based classification system appropriate for funding psychiatric care in Alberta? **Can J Psychiatry**. 40 (9):507-13. 1995.