

**“BENEFICIOS DE LA
INTERVENCION GRUPAL PARA
EL INCREMENTO DE LOS
FACTORES DE PROTECCION
ANTE EL USO Y/O ABUSO DE
PSICOFARMACOS EN EL
COLECTIVO DE LA MUJER”**

M^a ANGELES BECERRO RODRIGUEZ
Médico. Psicodramatista
HAZKUNDE, S.L. Instituto para la promoción de la salud mental

XVI REUNION NACIONAL DE LA A.E.P.

“PSICODRAMA Y SALUD”

(Madrid, 3 y 4 de noviembre de 2000)

BENEFICIOS DE LA INTERVENCION GRUPAL PARA EL INCREMENTO DE LOS FACTORES DE PROTECCION ANTE EL USO Y/O ABUSO DE PSICOFARMACOS EN EL COLECTIVO DE LA MUJER

JUSTIFICACION

A partir de la experiencia de trabajo con el colectivo específico de mujeres, se viene desarrollando desde 1992 un programa de promoción de la salud mental en las mujeres, amas de casa, en tratamiento con psicofármacos. Este programa tiene como objetivo reforzar la red de apoyo social percibido. El apoyo social se considera factor de protección fundamental para el equilibrio biopsicosocial, y el grupo es el instrumento elegido para desarrollar las habilidades y competencias sociales.

INTRODUCCION

La construcción del género femenino a lo largo de la historia indica de qué manera el estilo de vida de las mujeres, en especial la vida cotidiana, repercute de modo decisivo sobre sus modos de enfermar.

Con el desarrollo de la familia nuclear, lo privado e íntimo de los vínculos afectivos se convirtieron en el ámbito “natural” de la mujer. Se configuran una serie de prescripciones respecto de la “moral materna”, que suponía un modelo femenino en el seno del ámbito doméstico, con características psíquicas de receptividad, contención y nutrición, no sólo de los niños sino también de los hombres que regresaban a sus hogares después de su actividad cotidiana en el ámbito doméstico. El cumplimiento de este ideal se ofrecía como garante para la salud mental de las mujeres.

Además, la sociedad que definía el rol de sus miembros como básicamente productores, y que sitúa a las mujeres en el lugar social-familiar de la producción de afectos, el malestar de las mujeres se gestionará en el interior del grupo familiar.

En la actualidad, la mujer ha incorporado el rol social de trabajadora estradoméstica. Las mujeres que acceden a nuestro programa, son amas de casa, tienen estudios primarios, viven en el cordón industrial de Bilbao, y su incorporación al mundo laboral es en el ámbito de las funciones del ama de casa, limpieza y cuidados a niños y ancianos, un porcentaje muy alto se hace cargo de sus propios padres o nietos.

Se observa que, subsisten los prejuicios de no reconocer el trabajo de la mujer como un verdadero trabajo, con lo cual ella misma no percibe a tiempo su cansancio y si lo percibe posterga su alivio. En muchos casos, el cansancio aparece bajo la forma de angustia, sentimientos de culpa, hostilidad reprimida o trastornos psicossomáticos que le lleva a “graduarse en la carrera de paciente”.

En el grupo de mujeres que acuden a nuestro programa se observa una mayor incidencia de síntomas obsesivos y rituales compulsivos de limpieza; así como, duelos patológicos asociados a un déficit de apoyo social percibido.

Ante estas necesidades específicas, los recursos existentes más utilizados son los centros de atención primaria y de salud mental. El uso y abuso de psicofármacos puede convertirse en un ritual, como las tareas domésticas, que no se atreven a abandonar o a cuestionar porque forman parte de los sostenes de su vida diaria. A veces, no son sólo los mecanismos de acción química de la droga, sino su representación imaginaria, lo que provoca sus efectos, ya que implica un vínculo con un otro, concebido imaginariamente, en quien confía y se delegan funciones yoicas.

Cabe destacar al respecto, una de las conclusiones que propone Ana Arillo en su trabajo de tesis doctoral *“se ha observado mayor proporción de depresión entre las mujeres que manifiestan tener carencia de una persona en la que confiar, y entre las que no realizan frecuentemente actividades de grupo. Este último factor, puede llegar a aumentar hasta en siete veces el riesgo de tener depresión. Ambas asociaciones irían en la línea de la importancia de los vínculos sanos como base del desarrollo de la confianza de la persona en sí misma, base a su vez, del equilibrio emocional”*.

La intervención grupal con mujeres que consumen psicofármacos

El trabajo en grupo con mujeres se propone como un espacio que permite el cambio en la respuesta al malestar en las mujeres. En lugar de manifestar el malestar a través de síntomas y solucionarlo con psicofármacos, se trata manejar su malestar a través de la comunicación y el compartir con la ayuda del grupo. Al percibir el apoyo del grupo pueden desarrollar conductas de afrontamiento ante situaciones estresantes que, de forma significativa, incidirán sobre sus niveles de autoestima y autoeficacia.

El apoyo emocional que reciben en el grupo les permite desarrollar destrezas conductuales y socioemocionales que las conducirán a resultados más adaptativos y que por lo tanto, disminuirán sus niveles de ansiedad.

De acuerdo con Rappa port (1992), *“la justificación del acercamiento al usuario de la salud mental comunitaria no reside tanto en su capacidad para prevenir la enfermedad mental, como en su contribución para que el mayor número de personas sean capaces de volver a ganar el control sobre sus propias vidas”* ; proceso denominado por este autor como “empowerment” y que entronca directamente con el modelo de competencia.

El modelo de competencia ofrece las siguientes ventajas (Marlat 1989):

- a) El constructo de competencia está firmemente establecido dentro de la teoría del desarrollo onto y filogenético del ser humano.
- b) Los estudios longitudinales ponen de manifiesto que es la ausencia de competencias adaptativas amplias, y no la presencia de grupos de síntomas por sí mismos, lo que es más predictivo de la psicopatología a largo plazo.
- c) Se focaliza en intervenciones preventivas diseñadas para promover el desarrollo cognitivo, destrezas conductuales y socio emocionales, que conducirán a resultados adaptativos y un sentido de control personal.

Fernández Ríos (1994) examina la ecuación propuesta por Elías (1987) en donde se describe que *“la probabilidad de la incidencia de desórdenes psicológicos se incrementa de forma directa en la medida en que el individuo posee niveles más altos de estrés y sufre un incremento de vulnerabilidades físicas (ya sean genéticas o no). Algunas de las posibles estrategias de intervención preventiva son entrenamientos en destreza de afrontamiento, realzamiento de la autoestima, establecimiento de redes sociales que proporcionan apoyo social”*.

$$\text{Incidencia de desórdenes Psicológicos} = \frac{\text{estrés + vulnerabilidad física}}{\text{Estrategias de afrontamiento + autoestima + apoyo social}}$$

El programa “Mujeres por la salud” propone una forma de trabajo grupal a través del cual se ve una disminución significativa de los niveles de ansiedad. Las mujeres son capaces de elaborar estrategias de afrontamiento a través del juego de roles y la autoestima se verá reforzada con el desarrollo de la espontaneidad.

El apoyo social como factor de protección fundamental

El término apoyo social se utiliza para definir e identificar distintas dimensiones derivadas de las relaciones sociales. En todo caso, se refiere a algo personal, cuyo componente más subjetivo es denominado “apoyo social percibido”, en tanto que las “redes de apoyo” son la contrapartida socio-estructural y objetiva y que hace referencia al tamaño, densidad y homogeneidad existente en las relaciones sociales.

Fastinger (1954) propuso que buscar la comparación de otras personas en situaciones de temor o ansiedad era debido, al menos en parte, a la necesidad de establecer un proceso de comparación social, a través del cual se puede obtener información acerca de la situación estresante (lo que permite reducir la incertidumbre) y validar las propias reacciones (comparando sentimientos y conducta).

Los efectos protectores del apoyo social se han observado con mayor frecuencia al utilizar medidas funcionales, esto es, el análisis de la medida en que las relaciones sociales satisfacen diversas necesidades.

Funciones fundamentales del apoyo social:

- 1) Apoyo emocional
- 2) Apoyo instrumental = ayuda práctica
- 3) Apoyo informacional. Incluye el consejo, orientación o guía.

Lin (1986) propone agrupar el conjunto de propuestas en dos grandes dimensiones:

- a) Dimensión instrumental. Se refiere a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir objetivos o metas.

- b) Dimensión expresiva. Las relaciones sociales son un fin en sí mismas, como un medio por los que el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas, tales como el sentirse amado, compartir sentimientos o problemas emocionales, etc.

Esta dimensión expresiva del apoyo social es también una cualidad tanto de los grupos de autoapoyo como de los de corte más terapéutico. De hecho Yalon cita el estudio realizado por Dickoff y Lakin en donde “los pacientes consideraron que el apoyo social era el principal valor terapéutico”.

Los pacientes definían el apoyo como:

- ☞ Reducción del aislamiento.
- ☞ Universalidad.
- ☞ Compartir problemas.
- ☞ Aprender a expresarse.

Así mismo, Prochaska y col. (1988) analiza los diez procesos de cambio que han recibido mayor apoyo teórico y empírico. Estas investigaciones indican que existe un grupo de procesos de cambio comunes utilizados por todos los individuos que intentan superar problemas como el estrés psíquico y las conductas adictivas. Sin embargo, algunos se utilizan más que otros; los individuos se sirven más de las relaciones interpersonales de ayuda o apoyo y de la concienciación para superar el malestar psíquico.

Los grupos llevados a cabo en la comunidad no siguen estrictamente los parámetros aplicados en la clínica, toman características de los grupos de autoayuda; es decir:

- ♠ son un grupo de iguales con similares problemas
- ♠ se llevan a cabo en un entorno no orientado a la terapia
- ♠ no se pone énfasis en el rol de enferma
- ♠ se destacan las competencias de cada una poniendo un acento especial en los logros conseguidos día a día
- ♠ las participantes son miembros activos de su cambio sirviendo de modelo unas a otras

En los grupos comunitarios que llevamos a cabo, se promueve un proceso generador de cambio. Las mujeres toman una mayor conciencia del origen de su malestar; son capaces de volver a ganar de nuevo el control sobre sus síntomas de ansiedad, lo cual redundará en una mejora de la calidad de vida y una disminución de la ingesta de psicofármacos. La vivencia grupal supone un incremento de la percepción del apoyo social. Las mujeres conocen los recursos que tienen, a nivel personal y comunitario, y la mejor forma de adecuarlos a sus necesidades.

BIBLIOGRAFIA REVISADA

- ★ ABRIL CHAMBO, Vicente Javier: “Apoyo social y salud. Una perspectiva comunitaria”. Ed. Promolibro. Valencia, 1997.
- ★ ARILLO CRESPO, Ana: “Epidemiología de las enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana”. Tesis doctoral. Universidad del País Vasco. 1997.
- ★ BECERRO RODRÍGUEZ, M^a Angeles: “Mujeres por la salud. Alternativas preventiva al uso de psicofármacos en un grupo de mujeres”. Ponencia XIV Reunión A.E.P. “Psicodrama. Una propuesta de futuro”. Sevilla, 1998.
- ★ BURIN, Mabel: “El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada”. Ed. Paidós, 1993.
- ★ CAPLAN, GERALD. “Aspectos preventivos en salud mental”. Ed. Paidós, 1993.
- ★ FERNANDEZ BALLESTEROS, Rocío. “El ambiente. Análisis psicológico”. Ed. Pirámide, 1987.
- ★ FERNANDEZ-RIOS, Luis: “Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica”. Ed. Siglo XXI. 1994.
- ★ GRACIA FUSTER, Enrique: “El apoyo social en la intervención comunitaria” Ed. Paidós, 1997.
- ★ PROCHASKA, James O. “Modelo trasteórico de cambio para conductas adictivas”
- ★ SANCHEZ VIDAL, Alipio: “Psicología comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención”. Ed. EUB, 1996
- ★ YALOM, Irvin: “Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo”. Ed. Fondo de Cultura Económica. 1986