



**EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN
PSICOTERAPEUTICA DE SESIÓN ÚNICA EN POBLACIÓN AFECTADA POR EL
CONFLICTO ARMADO INTERNO COLOMBIANO, 2009.**

Investigadora Principal: Dr Zulma Urrego

Co-Investigadora Principal: Zohra Abaakouk

Co-Investigadora: Celia Román

Co-Investigador: Dr Raphaël Contreras

INDICE

AGRADECIMIENTOS	3
INTRODUCCIÓN	4
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO	5
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS CONSULTANTES	6
MOTIVOS DE CONSULTA Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LOS CONSULTANTES INTERVENIDOS	10
EVALUACIÓN DEL EFECTO INMEDIATO CONSEGUIDO EN EL ESTADO DE LOS PACIENTES MEDIANTE LA CONSULTA ÚNICA.	14
Variaciones en Puntajes de Escala SEQ – M parte B en Pre y Pos Consulta.....	14
Variación de Puntaje en la Escala de Caras aplicada Pre y Pos - Consulta	16
Valoración del Estado General Pos – Consulta y Utilidad de Sesión Según Paciente	17
Utilidad de la Sesión según la Psicóloga.....	19
Concordancia entre la Percepción de Utilidad de la Sesión Única entre Paciente y Psicólogo Terapeuta.	22
Evaluación Inmediata de las Características de la Consulta:.....	27
EVALUACIÓN DEL EFECTO MEDIATO DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE SESIÓN ÚNICA: CARACTERIZACIÓN DE LOS SEGUIMIENTO EFECTUADOS SEIS SEMANAS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE SESIÓN ÚNICA.....	29
Aspectos a destacar a partir de los dos casos con seguimiento completado a las seis semanas pos – intervención terapéutica de sesión única	32
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	37

AGRADECIMIENTOS

A los consultantes que accedieron a participar en éste estudio.

A las diversas instancias y personas de la Organización Médicos Sin Fronteras que contribuyeron para que este trabajo fuera posible.

Al Comité de Ética en Investigación Universidad El Bosque, por su acompañamiento durante el planteamiento y desarrollo de esta investigación.

INTRODUCCIÓN

Médicos Sin Fronteras – OCBA trabaja en salud mental en Colombia desde el año 2005. Actualmente se presta ayuda humanitaria en salud con éste componente en los departamentos de Nariño, Putumayo y Caquetá.

La aceptación de este servicio por parte de la población rural ha sido excelente, en medio de un clima de confianza y confidencialidad que el equipo ha sido capaz de generar en las consultas, pese a que se desarrollan en lugares en donde es difícil contar con estructuras ideales.

Las brigadas se realizan en zonas rurales alejadas y de difícil acceso, tanto por motivos geográficos como por el conflicto armado interno, lo que supone que los equipos no cuenten con la garantía de poder regresar de manera regular, en ocasiones ni siquiera una segunda vez. Por los mismos motivos, y aunque los equipos pudieran regresar, la población es flotante en extremo, y además no siempre va a poder acudir al sitio donde se desarrolla la brigada.

Por lo tanto, muchos pacientes suelen tener la oportunidad de realizar una única consulta psicológica, sin que sea posible ni el seguimiento posterior, ni la planeación de esquemas de psicoterapia en múltiples encuentros. Este contexto ha generado que las intervenciones psicológicas se estén orientando activamente hacia la modalidad de psicoterapia de sesión única.

Pese a que lo ideal sería contar con la garantía de un número mínimo de consultas de seguimiento, la experiencia de los profesionales a cargo de las intervenciones psicológicas en brigadas les ha indicado que una única consulta podría tener un impacto positivo en la persona y, por lo tanto, su criterio es que la imposibilidad de efectuar un seguimiento posterior no ha de ser motivo para no intervenir.

No obstante, no existían evidencias formales sobre el resultado realmente obtenido al realizar intervenciones psicológicas de consulta única, por lo que se propuso realizar éste estudio con el fin de recabar datos más precisos que permitieran evaluar y orientar las intervenciones ofrecidas, de acuerdo con los hallazgos. La evaluación fue realizada durante el segundo semestre de 2009, y tomó en cuenta solamente los proyectos desarrollados en los departamentos de Cauca, Putumayo y Caquetá, puesto que las condiciones derivadas del contexto de conflicto vivido no resultaban ideales para poder incluir al departamento de Nariño. En su mayoría, las personas incluidas en el estudio son habitantes rurales, y solo minoritariamente residen en cabeceras municipales.

Como objetivo general del estudio, se planteó evaluar el resultado de una intervención psicológica de consulta única en salud mental en la población afectada por el conflicto armado interno colombiano dentro de las áreas de influencia de los proyectos de MSF-OCBA, según variables de persona, tiempo y lugar. Los objetivos específicos trazados fueron los siguientes: 1) Caracterizar la población atendida (variables socio – demográficas, motivos de consulta, síntomas y signos mentales exhibidos, y diagnósticos clínicos realizados); 2) Indagar sobre el efecto inmediato de la intervención en usuarios de proyectos rurales y de cabecera municipal (SEQ-M – Escala de Rostros – percepción clínica); 3) Explorar el resultado mediato de la intervención ofrecida, a las 6 semanas (instrumentos – clínica), en usuarios de cabecera municipal.

Para ello, se optó por desarrollar un estudio observacional, descriptivo y multimétodo, con un componente prospectivo, que combinó estrategias de investigación epidemiológica con estrategias de investigación social, y técnicas de tipo cualitativo con técnicas cuantitativas. Al finalizar éste documento, se ha incluido una sección de anexos, en la cual pueden consultarse en detalle las características de los instrumentos y procedimientos principales utilizados en el estudio. A continuación, se expondrán sus principales resultados.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO

Se presentaron 72 consultas psicológicas de primera vez que cumplieron con los criterios de inclusión señalados para el estudio, quienes acudieron a los proyectos ofrecidos por MSF-E en los departamentos de Cauca, Putumayo y Caquetá durante el período Septiembre – Noviembre de 2009. Todos los pacientes invitados a participar en el estudio aceptaron hacerlo; no obstante, un paciente abandonó la sala de espera de psicología mientras aguardaba la consulta, por lo cual no fue posible aplicarle la evaluación post-consulta, razón por la que su registro fue excluido del estudio. Por lo tanto, fueron procesados los 71 registros restantes, distribuidos por proyectos según muestra el Cuadro No. 1.

Cuadro No. 1 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PROYECTOS DE PROCEDENCIA. EVALUACIÓN DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE SESIÓN ÚNICA. COLOMBIA, 2009.		
NOMBRE DEL PROYECTO	FRECUENCIA (n)	PROPORCIÓN (%)
Caquetá	34	47.9
Cauca – Putumayo	37	52.1
TOTAL	71	100

Fuente: Base de Datos Proyecto “Evaluación de Resultados de Intervención Terapéutica de Sesión Única en los Proyectos de Médicos Sin Fronteras – España en Colombia, 2009”.

Además, se realizaron 29 entrevistas a pacientes y sus respectivas psicólogas terapeutas, sobre temas relacionados con su percepción de utilidad de la consulta y el estado del paciente al salir. Fueron diligenciados 4 diarios de campo por las asistentes de investigación, que aportaron observaciones adicionales sobre el proceso en estudio.

La información obtenida mediante las encuestas se procesó estadísticamente en el programa Epi – Info; mientras, los materiales recopilados desde entrevistas y diarios de campo se procesaron manualmente de modo narrativo.

Volviendo al número de pacientes atendidos en intervención terapéutica de sesión única durante el período observado, de acuerdo con el análisis del promedio histórico de consultas dentro de los mismos territorios, se esperaban 68 consultas para el período en estudio; la cercanía entre los datos previstos y los finalmente constatados en terreno refleja que muy probablemente la investigación se desarrolló dentro de un período promedio, sin condiciones notoriamente novedosas para el contexto que alteraran la conducta de búsqueda de ayuda psicológica esperada en los consultantes potenciales.

En su mayoría (47.89%) los usuarios de la intervención única fueron pacientes ubicados habitualmente en el Departamento de Caquetá, o Putumayo (40.84%); solo un 11.27% provenían del Departamento del Cauca.

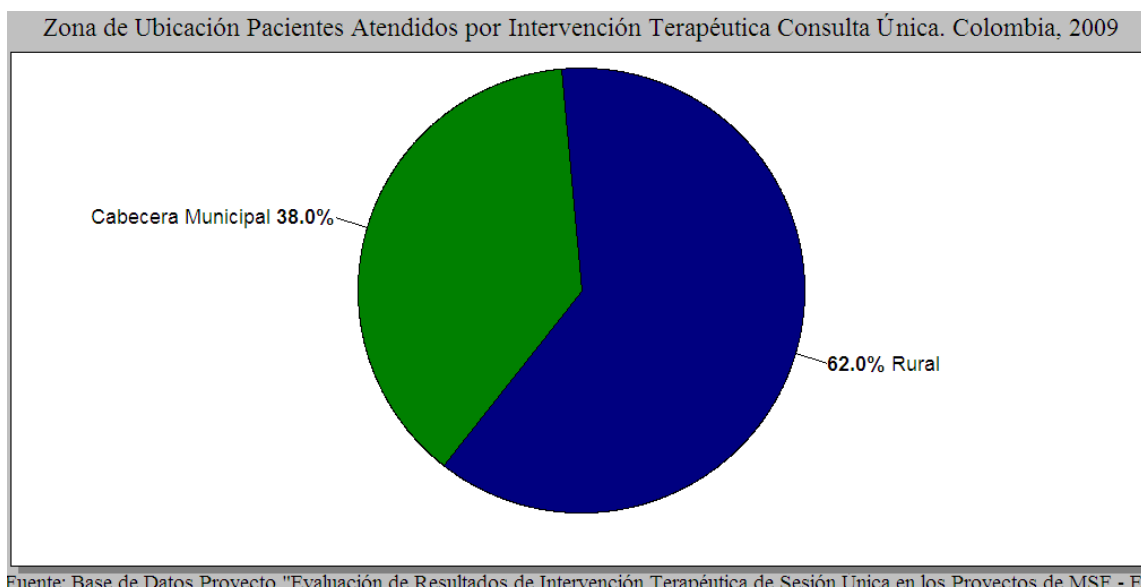
Predominaron las personas habitantes en áreas rurales (62%; 44/71 pacientes); el 38% restante correspondió a pacientes atendidos en pequeñas poblaciones que son cabeceras municipales (Cuadro No. 2; Gráfico No. 1). Esto refleja un objetivo central del proyecto en el cual anida ésta evaluación, consistente en proporcionar asistencia técnica en salud mental a población civil atrapada por el conflicto dentro de las áreas rurales y pequeñas poblaciones colombianas, con acceso altamente improbable a otras modalidades asistenciales similares o iguales a la ofrecida por MSF - España; además, se evidencia que el diseño de investigación fue respetado en cuanto a la población diana de la intervención estudiada.

Cuadro No. 2
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN DEPARTAMENTOS Y LOCALIDADES DE PROCEDENCIA.
EVALUACIÓN DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE SESIÓN ÚNICA. COLOMBIA, 2009.

LOCALIDAD	DEPARTAMENTO			TOTAL	
	CAQUETÁ	CAUCA	PUTUMAYO	n	%
Cartagena del Chairá	8	-	-	8	11.26
Curillo	7	-	-	7	9.85
Guayabal – Balsillas	7	-	-	7	9.85
José María – Puerto Guzmán	-	-	14	14	19.71
Bombonal – Piamonte	-	2	-	2	2.81
Remanso – Piamonte	-	4	-	4	5.69
La Esmeralda – Puerto Guzmán	-	-	10	10	14.08
San Roque – Puerto Guzmán	-	-	5	5	7.04
Samaritana – Piamonte	-	2	-	2	2.81
San Vicente del Caguán	12	-	-	12	16.90
TOTAL	34	8	29	71	100

Fuente: Base de Datos Proyecto “Evaluación de Resultados de Intervención Terapéutica de Sesión Única en los Proyectos de Médicos Sin Fronteras – España en Colombia, 2009”.

Gráfico No. 1



CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS CONSULTANTES

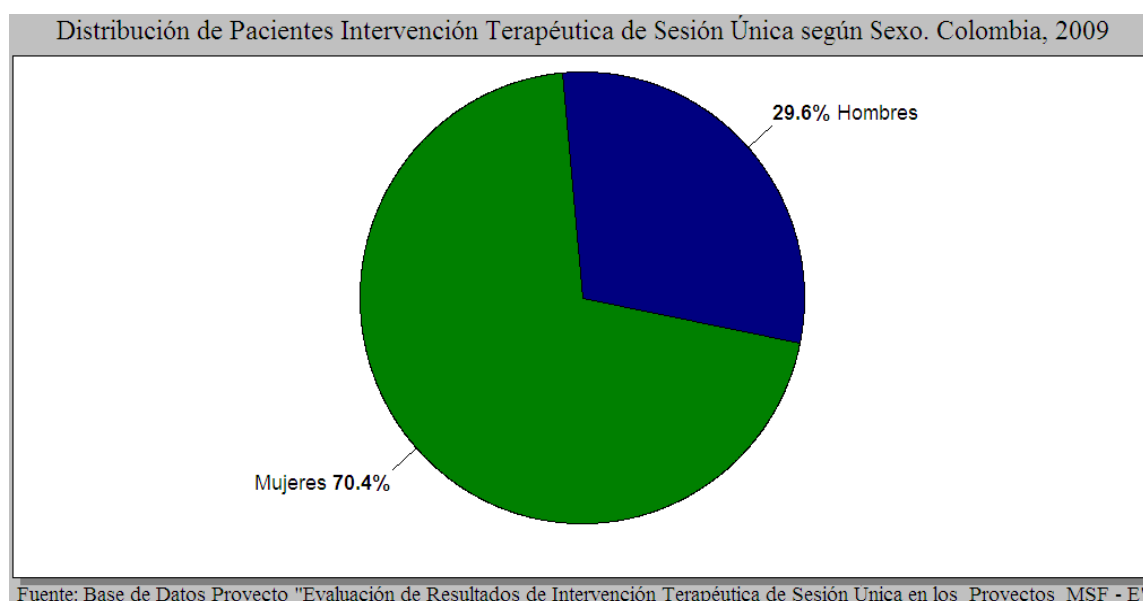
De acuerdo con su sexo, un 70.4% de los pacientes incluidos en la evaluación fueron mujeres (50/71) y 29.6% hombres (21/71) (Gráfico No. 2). El promedio de edad fue de 33 años, con un rango entre 6 y 74 años (DS=17.06; mediana = 33 años; moda = 18 años). Consultaron un 8.5% de niñas y niños con diez años o menos (6/71); 12.7% de adolescentes y preadolescentes entre 11 y menos de 18 años de edad (9/71); 36.6%

de adultos jóvenes entre 18 y 35 años (26/71); 26.8% de adultos medios con edad entre 36 y 50 años (19/71); y un 15.5% de adultos mayores, con edades entre 51 y más años (11/71).

La ocupación más frecuente fue la de “ama de casa” (49.3%), seguida por “estudiante” (18.3%) y “agricultor” (12.7%). Un 7.1 % (5 / 70) de los pacientes manifestaron desempeñar múltiples roles; en su totalidad, fueron mujeres amas de casa, que también desarrollaban labores agrícolas (Cuadro No. 3).

En un reciente análisis de la información contenida en la base de datos del proyecto de salud mental de Florencia – Caquetá, en el cual se incluyeron todos los registros de pacientes atendidos entre los años 2004 – 2009 en cabeceras departamental, municipal y brigadas rurales, también se encontró un predominio de consultantes de sexo mujer (65.1% vs. 70.4%), aunque con una edad promedio un poco inferior a la reportada por la evaluación de sesión única que se presenta (28 años vs. 33 años)¹.

Gráfico No. 2



La escolaridad más frecuente entre los consultantes de primera vez a la consulta de psicología fue la primaria incompleta (46.9%) o secundaria incompleta (32.8%), seguidas por ninguna escolaridad (9.4%), y escolaridad primaria completa (7.8%). Tan solo un 1.6%, respectivamente, tuvieron secundaria completa (1 paciente) o universitaria completa (1 paciente).

¹ Médicos Sin Fronteras España (2009) Análisis de la Base de Datos de Salud Mental, Proyectos en Caquetá, Colombia. 2005 – 2009 (Documento Preliminar). Noviembre. 25p.

Cuadro No. 3 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN PRINCIPAL DESEMPEÑADA. EVALUACIÓN DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE SESIÓN ÚNICA. COLOMBIA, 2009.		
OCUPACIÓN	FRECUENCIA (n)	PROPORCIÓN (%)
Ama de Casa	35	49.3
Estudiante	13	18.3
Agricultura	9	12.7
Oficios Varios	3	4.2
Empleada Doméstica	2	2.8
Comerciante	1	1.4
Desempleado	1	1.4
Docente Rural	1	1.4
Empleado	1	1.4
Menor de Edad que Permanece en Casa	1	1.4
Mayordomo	1	1.4
Panadero	1	1.4
Sin Dato	2	2.8
TOTAL	71	100
Fuente: Base de Datos Proyecto “Evaluación de Resultados de Intervención Terapéutica de Sesión Única en los Proyectos de Médicos Sin Fronteras – España en Colombia, 2009”.		

En su mayoría, se trató de pacientes que vivían en unión libre (41,5%), seguidos por aquellos solteros (30.8%) y Casados (18.5%). Los divorciados, separados y viudos contaron con un 3.1%, respectivamente. Llamó la atención que el estado civil “Viudo” se registró exclusivamente en personas de sexo mujer, con edades incluso tempranas. Igualmente, la presencia de personas menores de 18 años (edad que en Colombia define la mayoría de edad) que registraban estados civiles distintos a “Soltero”; en su totalidad se trató de mujeres adolescentes o preadolescentes en unión libre (2 personas de sexo mujer, en unión libre). La distribución total de la población por grupos de edad puede observarse en el Cuadro No. 4.

Cuadro No. 4.

Estado Civil de Usuarios Intervención Terapéutica de Consulta Única, según Grupos de Edad y Sexo.

MSE – E, Colombia, 2009

<i>Estado Civil</i>	Sin Dato		Casado		Divorciado		Separado		Soltero		Unión Libre		Viudo		Total n (%)
	Sexo(n)		Sexo(n)		Sexo(n)		Sexo(n)		Sexo(n)		Sexo(n)		Sexo(n)		
<i>Edad (años)</i>	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	
Niñas y niños (0 – 10)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	6 (8.5%)
Adolescentes y preadolescentes (11-17)	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	2	0	0	0	9 (12.7%)
Adultos jóvenes (18 – 35)	3	1	2	2	1	0	0	0	3	1	10	2	1	0	26 (36.6%)
Adultos medios (36 – 50)	2	0	2	2	0	0	1	0	0	1	9	2	0	0	19 (26.8%)
Adultos mayores (51 y más)	0	0	2	2	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	11 (15.4%)
Total n (%)	6 (8.5%)		12 (17%)		2 (2.8%)		2 (2.8%)		20 (28.1%)		27 (38%)		2 (2.8%)		71 (100 %)

Fuente: Base de Datos Proyecto “Evaluación de Resultados de Intervención Terapéutica de Sesión Única en los Proyectos de Médicos Sin Fronteras – España en Colombia, 2009”.

MOTIVOS DE CONSULTA Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN LOS CONSULTANTES INTERVENIDOS

Los motivos de consulta principal más frecuentes fueron los síntomas depresivos (26.8%), seguidos por dificultades situacionales mencionadas directamente como motivo de la búsqueda de ayuda² (25.3%), y preocupaciones³ varias que motivaron la consulta (12.6%) (Cuadro No. 5). En cuanto a los motivos de consulta⁴ secundario y terciario registrados más frecuentemente, vale destacar un 5.6% de casos de violencia contra las mujeres y la infancia (4/71); así como 1 caso que consultó directamente por duelo (1.4%). Fue infrecuente que en el motivo de consulta se verbalizara de manera directa el conflicto armado interno (2.82%; 2/71 casos).

Cuadro No. 5 MOTIVOS DE CONSULTA PRINCIPAL EN USUARIOS DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE SESIÓN ÚNICA MSF -E. COLOMBIA, 2009.		
Motivo de Consulta Principal	Frecuencia (n)	Proporción (%)
Síntomas depresivos	19	26.8
Problemas, dificultades y situaciones	18	25.3
Preocupaciones	9	12.6
Síntomas infantiles	6	8.4
Síntomas ansiosos	4	5.6
Síntomas del sueño	4	5.6
Síntomas ansioso – depresivos	3	4.2
Deseo de hablar / Búsqueda de “desahogo”	3	4.2
Síntomas sexuales	2	2.8
Síntomas somáticos	1	1.4
Síntomas psicóticos	1	1.4
Síntomas cognoscitivos	1	1.4
TOTAL	71	100
Fuente: Base de Datos Proyecto “Evaluación de Resultados de Intervención Terapéutica de Sesión Única en los Proyectos de Médicos Sin Fronteras – España en Colombia, 2009”.		

Los diagnósticos principales más frecuentes fueron el grupo de los trastornos depresivos y el duelo (40.7%; 29/71 casos); seguidos por problemas vitales⁵ que ameritan intervención clínica (33.7%; 24/71 casos), y los

² Se clasificaron dentro de ésta categoría los motivos para acudir al psicólogo, enunciados por el paciente en sus propias palabras y en la parte inicial de la consulta, que hacían referencia literalmente a situaciones predominantemente objetivas que planteaban dificultades u obstáculos reales para la calidad de vida del consultante; por ejemplo, problemas económicos, ausencia de vivienda, separación conyugal; desplazamiento forzado; etc.

³ Se clasificaron dentro de ésta categoría aquellos motivos para acudir al psicólogo, planteados en las palabras del propio paciente durante los primeros momentos de la consulta, en que éste relataba literalmente tener “preocupaciones”, predominando la referencia a ansiedad o rumiación subjetiva sobre algún aspecto de su cotidianidad, sin hacer referencia a problemáticas objetivables; por ejemplo, temor por el futuro de los hijos, sin mencionar una evidencia objetiva actual de una amenaza inminente para ellos; etc. Lo anterior independientemente de que en segmentos posteriores de la consulta llegaran o no a detectarse razones objetivas para la preocupación inicialmente relatada.

⁴ Entendiendo por motivo de consulta la enunciación inicial por el paciente, en sus propias palabras, del asunto que lo ha motivado a consultar; independientemente de que éste coincida o no con los datos recabados por el clínico durante la evaluación, y con el diagnóstico finalmente elaborado.

⁵ Definidos según criterios diagnósticos para Códigos Vitales del DSM – V.

trastornos de ansiedad (8.4%; 6/71) (Ver Cuadro No.6). Esto coincidió con los resultados del análisis de la base de datos de los proyectos de salud mental de MSF – E en Caquetá durante los últimos 5 años⁶. En su totalidad, el diagnóstico de duelo fue efectuado en mujeres, y correspondió al 4.2% del total (3/71); también predominaron éstas entre los pacientes diagnosticados con distintos tipos de Trastorno Depresivo Mayor.

El único código diagnóstico bajo el cual predominaron los hombres, fue el de Problemas Paterno – Filiales; además, la totalidad de los diagnósticos. Por grupos de edad, vale destacar que los Trastornos Depresivos Mayores se presentaron en personas pertenecientes a todos los grupos de edad considerados; igual comportamiento tuvo el grupo de diagnósticos agrupados como Otros Problemas que ameritan atención clínica. Detalles sobre distribución por edad y sexo, así como porcentajes discriminados según diagnósticos DSM – IV e ICD - 10 pueden observarse en gráficos incluidos en los anexos.

En cuanto a los diagnósticos secundarios, en un 2.8% se registraron casos de violencia contra las mujeres (código T74.1; 2/71 casos); en 1.4% casos de negligencia contra la infancia (código T74.0; 1/71 casos); el duelo fue diagnóstico secundario en 4.2% de los pacientes (3/71) y en 4.2 % se registraron diversos problemas relacionales (códigos Z63.1; Z63.8; Z63.9; con 5/71 casos).

Un tercer diagnóstico se registró solo en 2 casos, correspondiendo ambos a problemas relacionales en la familia entre cónyuges o paterno – filiales (Cód. Z63.0 y Z63.1).

Se encontró riesgo suicida en 15.5% de los pacientes (11/71); siempre se trató de un riesgo bajo (Gráfico No. 3). Un 81.81% de los casos con riesgo suicida tenían diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor Episodio Único o Recidivante; 9% tenían diagnóstico de problemas conyugales; y 9% de Trastorno Afectivo No Especificado.

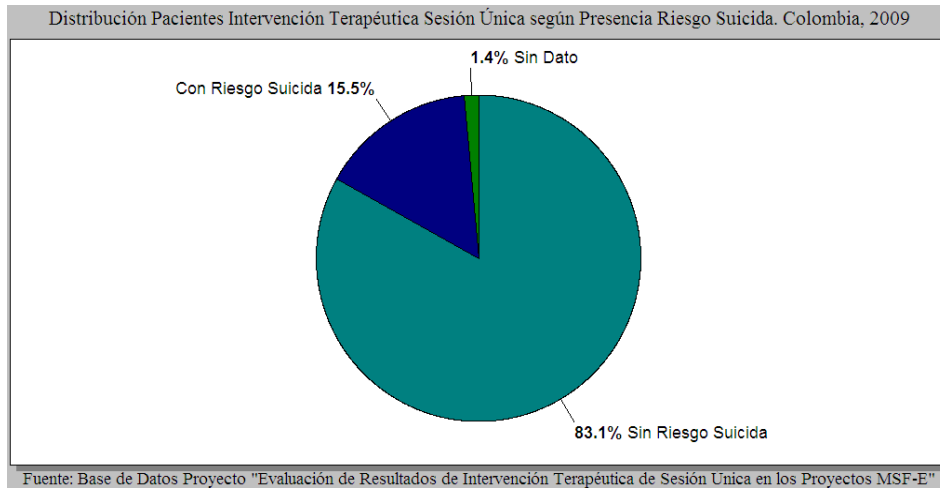
La presencia de trastornos depresivos y duelo como primer diagnóstico principal encontrado en 40.7% los pacientes analizados va en el mismo sentido de lo encontrado en los análisis de morbilidad atendida por el proyecto de salud mental de MSF – E en Florencia – Caquetá durante el año 2006 (trastornos depresivos en el primer lugar de frecuencia, con 34%; duelo patológico con 10%); no obstante, en ese estudio previo los trastornos de ansiedad ocupaban el segundo lugar con un 14% (incluyendo 6% de PTSD y 3% de estrés agudo, mientras que en análisis actual de los pacientes atendidos por consulta única en áreas rurales de Caqueta, Cauca y Putumayo otorga solo un 8.4% a éste grupo de diagnósticos (manteniendo un 2.8% a cargo del trastorno por estrés agudo).

⁶ Médicos Sin Fronteras España (2009) Análisis de la Base de Datos de Salud Mental, Proyectos en Caquetá, Colombia. 2005 – 2009 (Documento Preliminar). Noviembre. 25p.

Cuadro No. 6. Diagnósticos Principales en Psicoterapia de Sesión Única.MSF, 2009			
Grupo Diagnóstico	Diagnósticos DSM – IV Incluidos	Total Grupo Diagnóstico	
		Frecuencia (n)	Proporción (%)
T. Depresivos Mayores y Duelo	T. Depresivo Mayor Episodio Único No Especificado	29	40.7
	TDM Episodio Único Leve		
	T. Depresivo Mayor Episodio Único Moderado		
	TD Mayor Recidivante NOS		
	Duelo		
	TDM Recidivante Leve		
	TDM Recidivante Moderado		
Problemas Vitales Que Ameritan Atención Clínica	Problemas Conyugales	24	33.7
	Problemas Paterno Filiales – Niño		
	Problemas Paterno Filiales		
	Problemas Relación Hermanos		
	Problemas Relación NOS		
	Problemas Vivienda/Económicos		
	Abuso Sexual de la Infancia		
T. de Ansiedad	T. por Estrés Agudo	6	8.4
	T. Ansiedad NOS		
	Fobia Social		
Otros T. Afectivos	T. Afectivo NOS	5	7.0
	T. Bipolar Episodio Hipomanía		
T. del Sueño	Insomnio Primario	3	4.2
	T. Ritmo Circadiano		
	Insomnio relacionado Otro Dx.		
T. Sexuales	T. por Deseo Sexual Hipoactivo	2	2.8
Inicio Infantil	T. del Aprendizaje NOS	1	1.4
T. Psicóticos	T. Psicótico NOS	1	1.4
TOTAL		71	100

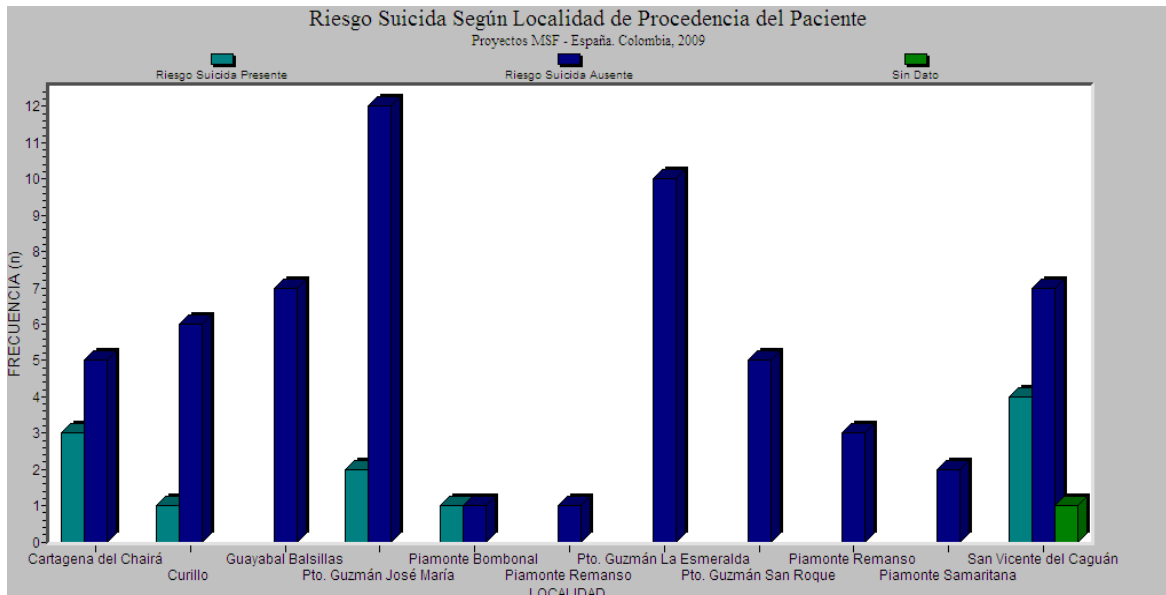
Lo anterior podría reflejar tanto cambios en las dinámicas del conflicto armado interno colombiano en las regiones estudiadas en los últimos 3 años, con presencia de nuevos patrones de deterioro de la salud mental en los habitantes rurales; como divergencias en los estilos de trabajo clínico diagnóstico entre el equipo urbano de salud mental que aportó los datos en 2006, y los equipos rurales actuales que implementaron el trabajo clínico de terreno a partir del cual se generaron los datos analizados en este documento.

Gráfico No. 3



Los pacientes con riesgo suicida se concentraron en las cabeceras municipales de Curillo, San Vicente de Caguán y Cartagena del Chairá (Caquetá), así como en la zona rural de José María - Puerto Guzmán (Putumayo) y Bombonal – Piamonte (Cauca). Estas zonas coinciden con áreas de alta recepción y expulsión de personas desplazadas por el conflicto armado interno, entre otras problemáticas activas (Gráfico No. 4).

Gráfico No. 4



EVALUACIÓN DEL EFECTO INMEDIATO CONSEGUIDO EN EL ESTADO DE LOS PACIENTES MEDIANTE LA CONSULTA ÚNICA.

El efecto inmediato conseguido en el estado de los pacientes mediante la consulta única fue evaluado para todos los casos atendidos mediante tres parámetros: las variaciones en los puntajes pre y pos – consulta en el instrumento SEQ – M⁷ (Partes A y B) y la escala de caras, a partir de las cuales se exploró la perspectiva de utilidad inmediata desde el paciente; y la apreciación clínica del psicólogo tratante sobre la utilidad percibida de la consulta para el estado del paciente. En casos seleccionados, se realizaron entrevistas a profundidad al psicólogo tratante y el paciente luego de terminada la consulta, y por separado, con el fin de conseguir narrativas que permitieran ilustrar y comprender mejor los resultados cuantitativos obtenidos mediante las escalas utilizadas.

Variaciones en Puntajes de Escala SEQ – M parte B en Pre y Pos Consulta

De acuerdo con las respuestas proporcionadas por los pacientes ante la escala SEQ-M aplicada antes y después de la consulta única de psicología, fue calculado un Índice Global de Sensaciones Positivas pre y pos – consulta, construido según las indicaciones del autor mediante el promedio de los 11 ítems incluidos en la sección B de dicha escala, y considerado como el parámetro para la valoración global del estado del paciente antes y después de la intervención.

El índice Global de Sensaciones Positivas en la pre - consulta obtuvo un puntaje promedio de 4.22 puntos, con un rango entre 1.4 y 7 puntos (DS = 1.19; mediana = 4.2; moda = 4.5) en una escala de 1 a 7 puntos, en la cual 7 corresponde a la mayor presencia de sensaciones positivas en el consultante, y 1 a la menor presencia de éstas. En la pos – consulta, el índice Global de Sensaciones Positivas promedio fue de 6.7 puntos, con un rango entre 2 y 7 puntos (DS = 0.8; mediana = 7; moda = 7).

Adicionalmente, se obtuvo el puntaje promedio de cada ítem tanto en la aplicación previa, como en la posterior a las consultas psicológicas de primera vez durante las cuales se efectuaron intervenciones terapéuticas de sesión única dentro de los parámetros descritos para éste estudio.

Cada puntaje puede ubicarse en un rango de 1 a 7 puntos; un puntaje de 7 indica la mayor cercanía al primer adjetivo de la pareja que se presenta para cada ítem, mientras que un puntaje de 1 indica la mayor cercanía al segundo y mayor lejanía del primero, y un puntaje de 4 indica el punto medio entre ambos adjetivos. Lo anterior nos permite afirmar que, en promedio, existió un incremento de 2.48 puntos en el puntaje del índice de sensaciones positivas globales calculado a partir de la escala SEQ-M parte B pre y pos – sesión.

En la pre – consulta, los puntajes de los ítems se ubicaron entre 3.17 y 5.08 puntos. Todos los ítems aumentaron su puntaje en la pos – consulta, y se ubicaron entre 5.39 y 6.09 puntos, sobre 7 posibles. La diferencia de promedios resultó positiva para todos los ítems (Cuadro No. 7).

⁷ Stiles, W (s.f.) Session Evaluation Questionnaire: Structure and Use. 5p.

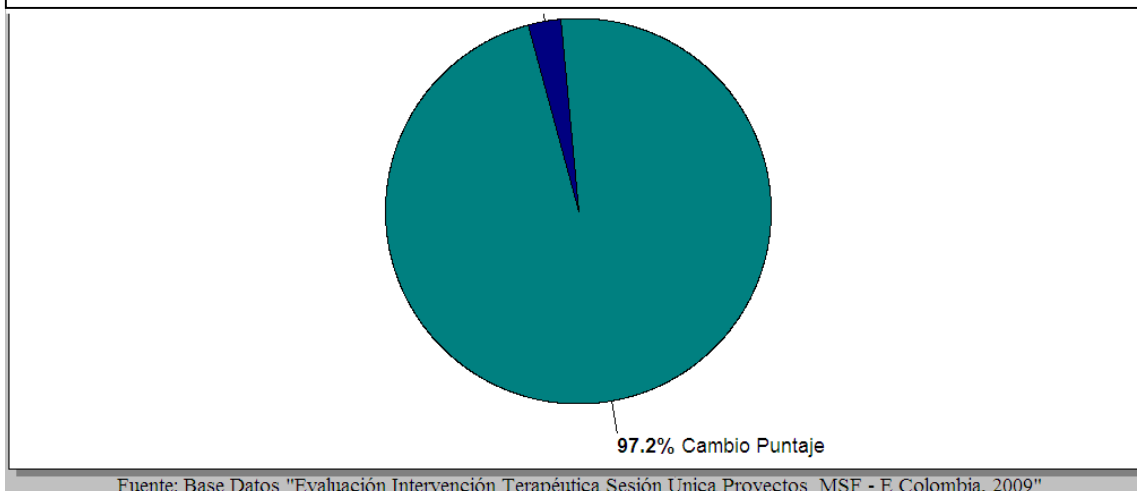
Cuadro No. 7. Evaluación Efecto Inmediato – Variaciones del SEQ - M					
PUNTUACIÓN ÍTEMS ESCALA SEQ – M sección B	Pre - Consulta		Pos - Consulta		Diferencia
	Promedio	D.S.	Promedio	DS	Promedio
Feliz - Triste	3.17	1.85	5.93	1.17	+ 2.76
Tranquilo - Furioso	3.90	1.83	6.09	1.04	+ 2.19
Confiado - Asustado	3.98	1.93	5.95	1.13	+ 1.97
Seguro - Inseguro	3.98	1.93	5.95	1.13	+ 1.97
Interesado - Desinteresado	3.98	1.93	5.95	1.13	+ 1.97
Bonito - Feo	4.54	1.72	5.42	1.49	+0.88
Capaz - Incapaz	4.93	1.90	6.08	1.15	+1.15
Relajado - Tenso	4.93	1.90	6.08	1.15	+1.15
Amistoso – No amistoso	4.93	1.90	6.08	1.15	+1.15
Fuerte - Débil	3.91	1.99	5.39	1.64	+1.48
Inteligente – Poco Inteligente	4.42	1.81	5.63	1.37	+1.21

Fuente: Base de Datos Proyecto “Evaluación de Resultados de Intervención Terapéutica de Sesión Única en los Proyectos de Médicos Sin Fronteras – España en Colombia, 2009”.

Un 2.8% de los pacientes reportaron puntajes idénticos en cuanto a su percepción de bienestar en las escalas de caras aplicadas antes y después de la consulta. En el 97.2% restante, los cambios de puntaje registrados fueron hacia el aumento, con excepción de dos casos en que disminuyó, y uno en que se mantuvo igual en puntaje máximo (Gráfico No. 5)

Tipo Cambio Puntaje Escala SRQ-M parte B Pre y Pos Psicoterapia Sesión Única. MSF - E. Colombia, 2009

GRÁFICO NO. 5. TIPO CAMBIO DE PUNTAJE EN ESCALA SEQ – M



Variación de Puntaje en la Escala de Caras aplicada Pre y Pos - Consulta

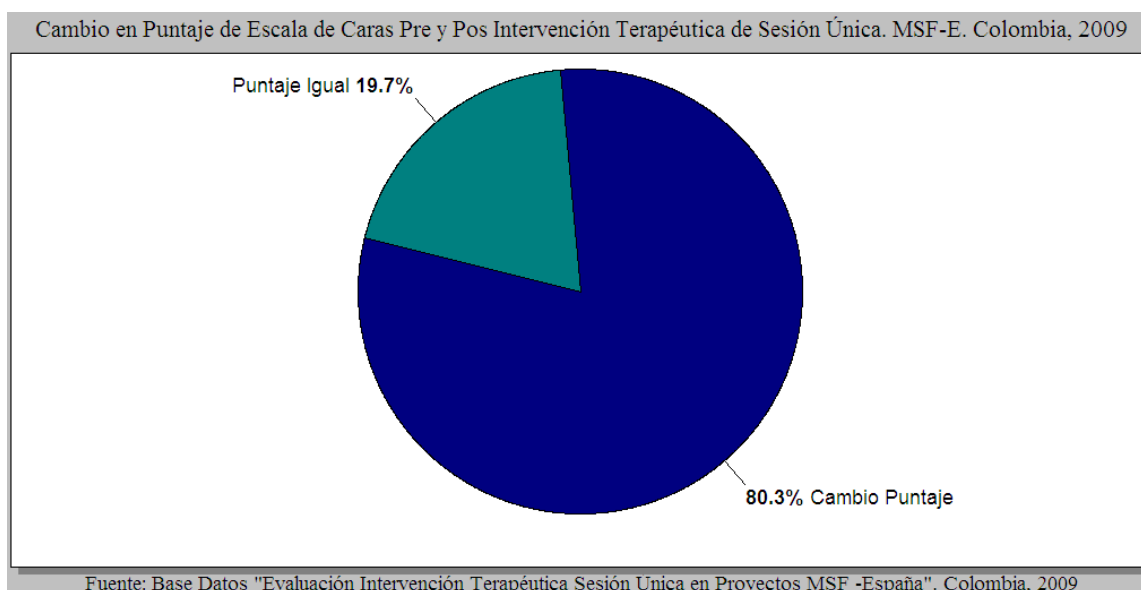
Las escalas de caras fueron puntuadas entre 1 y 6 puntos; los puntajes más altos se ubicaron en cercanía a la cara que indicaba mayor bienestar (6 puntos), mientras que los más bajos indicaron cercanía a la cara con menor bienestar (1 punto). El promedio pre – consulta en la Escala de Caras fue de 3.26 puntos, con un rango entre 1 y 6 puntos (DS=1.46; mediana = 3 puntos; moda = 4 puntos). En la pos – consulta, tal promedio correspondió a 5.09 puntos, con un rango entre 2 y 6 puntos (DS=1.04; mediana = 5; moda = 6).

También mediante la Escala de Caras se pudo verificar un incremento mayoritario en la puntuación general de bienestar asignada por los consultantes luego de salir de la intervención terapéutica de sesión única, respecto a una puntuación efectuada previamente. No obstante un 19.7% de los pacientes otorgaron puntajes iguales a la escala antes y después de la intervención terapéutica; y el porcentaje restante (80.3%; 57 casos) otorgó un puntaje diferente al egreso respecto a los del ingreso a la consulta única. En frecuencias, lo anterior significa que del total de pacientes en que cambió el puntaje pre y pos – consulta, 56 casos indicaron mejoría en su estado general identificada por un aumento en el puntaje de la escala de caras; mientras que 1 caso mostró que estaba peor que al ingreso, al señalar un puntaje más bajo que el inicial cuando salió de la intervención psicoterapéutica única (Gráfico No. 6).

En algunos casos, la Escala de Caras empleada en éste estudio impresionó cualitativamente como menos precisa para detectar cambios en la percepción de su estado general de bienestar por parte del paciente. Es probable que la decisión de emplear una escala de seis puntos no haya sido la más afortunada, ya que algunos autores consideran que los mejores niveles de validez y confiabilidad con éste tipo de instrumentos se logran mediante el empleo de una Escala de Caras de siete puntos⁸. No obstante, ninguna de las dos versiones pudo ser encontrada con una validación formal para el contexto colombiano general, ni para el específico rural en que fue utilizada la escala de caras de seis puntos en mención.

⁸ Andrew, F (1996) Four single-item indicators of well-being. En: McDowell, I; Newell, C. "Measuring Health". A Guide to Rating Scales and Questionnaires. New York. Oxford University Press. 194 – 198.

Gráfico No. 6



Valoración del Estado General Pos – Consulta y Utilidad de Sesión Según Paciente

De acuerdo la asignación de puntajes pos – consulta mayores por los pacientes en la parte B del SEQ– M y en la escala de caras, se estableció que el estado general del paciente era mejor cuando los resultados de las escalas empleadas mostraron que el paciente asignó puntajes superiores en ambos instrumentos a su egreso, o cuando un puntaje permaneció igual pero el otro aumentó; se juzgó que estaba igual, cuando no existían modificaciones ni en el puntaje de la Escala de Caras, ni en el puntaje SEQ – M; y se registró la intervención como perjudicial, cuando tanto la Escala de Caras como el SEQ-B pos – consulta mostraron disminución en su puntaje, o cuando una de las escala continuó igual, pero empeoró el puntaje en la otra; y se le consideró dudosa cuando uno de los instrumentos puntuó mejor y el otro peor que antes de efectuarse la consulta.

En su mayoría, el estado general del paciente fue mejor en la pos-consulta (94.4%; 67/71) de acuerdo con la impresión de los consultantes, registrada en las respuestas a las escalas empleadas. 1.4% (1/71) de los pacientes continuaron igual, y 2.8% (2/71) indicaron estar peor al egreso de la intervención terapéutica. Solo en un caso se encontró un resultado dudoso en la pos – consulta⁹, pues la escala de caras mejoró en un punto, pero el puntaje -SEQ M-B disminuyó.

De acuerdo con el departamento de procedencia, la totalidad de los pacientes que presentaron resultados de estado general distinto a mejoría procedían del departamento del Putumayo; constituyendo un 13.8% de los atendidos allí (4/29); esto casos correspondieron a personas que habitaban en las localidades de Puerto Guzmán – José María (1 caso igual) y en la de Puerto Guzmán – La Esmeralda (2 casos peor y 1 caso dudoso); ninguno de éstos presentaba riesgo suicida. En Caquetá y Cauca todos los pacientes atendidos reportaron mejoría según los puntajes combinados obtenidos en las escalas para pacientes empleadas (Cuadro No. 9).

⁹ Cuando las dos escalas empleadas mostraran resultados divergentes entre sí en la aplicación pos – consulta, con una reportando aumento y la otra disminución en el puntaje de bienestar.

También en Puerto Guzmán, y en la misma fecha en que se impartieron las sesiones únicas con resultado distinto a mejoría del paciente, se registró el caso del consultante que cumpliendo los criterios de inclusión, y después de haber aceptado participar en el estudio y haber llenado las escalas pre – consulta, abandonó la sala de espera mientras aguardaba a ser llamado para iniciar la intervención clínica por psicología¹⁰.

El diario de campo y algunas entrevistas registradas permiten saber que hubo gran presión de tiempo en la atención clínica por un volumen alto de consultantes, que el personal de salud mental se requirió para tareas simultáneas durante el día, que los pacientes tuvieron mínimo 15 minutos de tiempo de espera antes de pasar a consulta, y que terapeutas y pacientes se encontraban fatigados al final de la jornada¹¹.

Los pacientes cuyo estado general fue distinto a la mejoría procedían en su totalidad de áreas rurales, y se encontraban solteros (3/4) o en unión libre (1/4). Los dos pacientes registrado como peor y el caso dudoso fueron intervenidos en la misma fecha y punto de atención; quienes empeoraron fueron un hombre adulto mayor con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, y una mujer adulta joven con diagnóstico de problemas conyugales. El caso dudoso correspondió a un hombre preadolescente que consultó por terrores nocturnos, quien procedía del mismo municipio pero consultó en otra fecha (Cuadro No. 10).

Todos los registro de ésta localización y fecha que mostraron resultados no útiles correspondieron a personas casi consecutivas atendidas hacia el final de la jornada de trabajo¹².

Cuadro No. 9 Estado Pos Consulta Reportado por Pacientes de Intervención Terapéutica de Sesión Única mediante Escalas SEQ-M-B y Caras, según Departamento. Colombia, 2009						
ESTADO PACIENTE	Mejor	Igual	Peor	Dudoso	TOTAL	
	N	N	N	N	N	%
DEPARTAMENTO						
Caquetá	34	0	0	0	34	47.90
Cauca	8	0	0	0	8	11.26
Putumayo	25	1	2	1	29	40.84
TOTAL	67	1	2	1	71	100
Fuente: Base de Datos Evaluación Intervención Única Proyectos MSF – España.						

Se estableció que cuando el estado general del paciente en la pos – consulta era mejor, la consulta había sido útil; y que ésta no había sido útil cuando los resultados combinados de las escalas utilizadas mostraban un resultado dudoso, peor o igual respecto a las diligenciadas por el paciente antes de la intervención terapéutica. De ésta manera, se encontró que desde la perspectiva del paciente evaluada de manera inmediata luego de su egreso de la intervención terapéutica, la consulta única resultó útil para el 94.4% de los pacientes, e inútil para el 5.6% de los atendidos.

¹⁰ Diarios de Campo. Proyecto MSF – España en Cauca – Putumayo. Colombia, 2009.

¹¹ Diarios de Campo. Proyecto MSF – España en Cauca – Putumayo. Colombia, 2009.

¹² Base de Datos Evaluación Intervención Única Proyectos MSF – España. Colombia, 2009.

Dentro de tales criterios, se observaron las entrevistas por pacientes en quienes la consulta había resultado útil, y se encontró que con frecuencia hacían referencia en sus narrativas a un conjunto recurrente de ejes temáticos como motivo de ese resultado positivo de la intervención única: sentían que habían sido escuchados y comprendidos, que habían recibido orientaciones específicas a seguir para manejar sus motivos de consulta que ellos mismos podían aplicar en sus contextos reales para mejorar su situación, sentían confianza en sus propias potencialidades para agenciar un cambio positivo en sus condiciones motivo de consulta, lograban algún nivel de redefinición positiva del motivo de consulta, y vislumbraban un futuro mejor posible.

Entre las narrativas sobre haber sido escuchados, los pacientes mencionaban que la intervención terapéutica de consulta única había surtido un efecto útil en él porque *“Uno descansa, desahoga la mente, está alegre... puede [después] seguir adelante”*¹³, así como porque el ambiente de confianza y confidencialidad que rodea la consulta psicológica permite que el paciente sienta *“más seguridad... más confianza... como un empujoncito que me puede ayudar... uno a todos no le cuenta”*¹⁴.

Expresiones en torno a los efectos de la intervención terapéutica de sesión única como una vivencia que *“ayudó a salir del laberinto donde estaba y no encontraba respuesta”* a algún consultante¹⁵, o que *“le ayuda a uno a ser más fuerte”*¹⁶, y a *“ver las capacidades que uno tiene”*¹⁷, o a notar que *“no todo estaba mal... era que yo lo veía todo mal”*¹⁸, según la expresión de otros ponen en evidencia el énfasis en la redefinición positiva, la movilización de los propios recursos y la búsqueda de soluciones en el aquí y el ahora que son características de las intervenciones terapéuticas de sesión única efectivas.

Utilidad de la Sesión según la Psicóloga

En cuanto a la percepción de utilidad clínica según las psicólogas a cargo de la intervención terapéutica de sesión única, ésta se evaluó mediante una pregunta directa que debían responder al terminar cada sesión.

Se consideró que la sesión había sido útil siempre que las psicólogas contestaron las opciones “Útil” o “Muy Útil”; cuando respondieron “Ni útil, ni inútil” o “inútil” se consideró que se trataba de una intervención indiferente o inútil; una intervención “muy inútil” se consideró perjudicial, pues significaría una pérdida de quizás la única opción terapéutica con que pudiera contar el paciente. Un 92.8% de las terapeutas consideró que su intervención había sido útil de algún modo al paciente; solo un 7.2% la consideró inútil o indiferente, y ninguna terapeuta optó por clasificar su acción como “muy inútil” (Gráfico No. 5).

¹³ Entrevista a paciente intervención terapéutica de consulta única en proyecto MSF – España en Cauca – Putumayo. Colombia, 2009

¹⁴ Entrevista a paciente intervención terapéutica de consulta única en proyecto MSF – España en Cauca – Putumayo. Colombia, 2009

¹⁵ Entrevista a paciente intervención terapéutica de consulta única en proyecto MSF – España en Cauca – Putumayo. Colombia, 2009

¹⁶ Entrevista a paciente intervención terapéutica de consulta única en proyecto MSF – España en Cauca – Putumayo. Colombia, 2009

¹⁷ Entrevista a paciente intervención terapéutica de consulta única en proyecto MSF – España en Cauca – Putumayo. Colombia, 2009

¹⁸ Entrevista a paciente intervención terapéutica de consulta única en proyecto MSF – España en Caquetá. Colombia, 2009

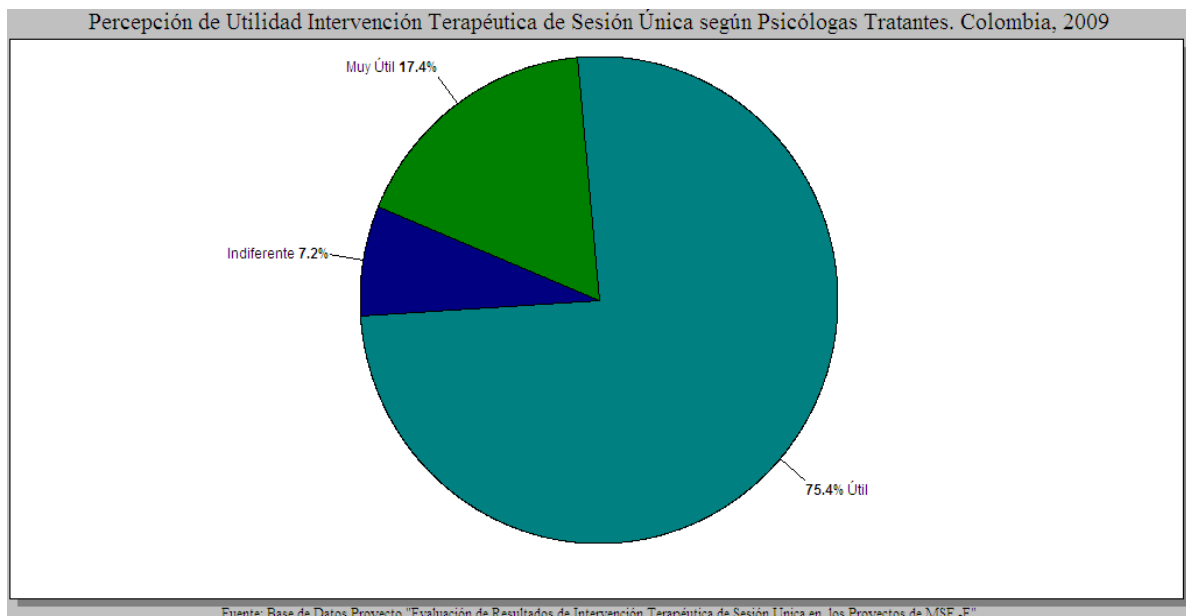
Cuadro No.10. Estado General Pos Consulta Reportado por Pacientes de Intervención Terapéutica de Sesión Única mediante Escalas SEQ-M-B y Caras, según Estado Civil. Colombia, 2009						
ESTADO PACIENTE	Mejor	Igual	Peor	Dudoso	TOTAL	
	N	N	N	N	n	%
ESTADO CIVIL						
Sin Dato	6	0	0	0	6	8.40
Casada/o	12	0	0	0	12	17.00
Divorciada/o	2	0	0	0	2	2.80
Separada/o	2	0	0	0	2	2.80
Soltera/o	17	1	1	1	20	28.20
Unión Libre	26	0	1	0	27	38.00
Viuda/o	2	0	0	0	2	2.80
TOTAL	67	1	1	1	71	100
Fuente: Base de Datos Evaluación Intervención Única Proyectos MSF – España.						

El carácter estructural y contextual ligado estrechamente con algunos motivos de consulta fue una de las razones que pudieron generar la percepción de inutilidad o poca utilidad de las intervenciones en las terapeutas:

“El problema es contextual y económico, de falta de oportunidades... [siento] impotencia frente a la problemática”¹⁹.

¹⁹ Entrevista a psicóloga intervención terapéutica de consulta única proyecto MSF – España en Cauca – Putumayo. Colombia, 2009.

Gráfico No. 5



Además, las largas jornadas de trabajo en algunas brigadas de atención efectuadas en áreas rurales con difícil acceso, junto con el alto volumen de consultantes para el personal de salud, deterioran en muchas ocasiones las condiciones objetivas para la implementación de la sesión terapéutica de consulta única dentro de sus parámetros ideales, y alteran negativamente la percepción de utilidad de las consultas:

“La señora no se encontraba dispuesta, tenía dolor de cabeza y estaba ausente... luego la llamaron [para que saliera fuera del consultorio] y regresó con afán, [diciendo] que se tenía que ir. Por factores externos no se pudo desarrollar bien la consulta... ella quería irse”²⁰.

“No siempre hubo el tiempo para entrevistar a los pacientes, casi siempre estaban con un poco de afán, porque viven lejos”²¹.

De otra parte, la existencia de problemas de seguridad activos dentro de la zona en que se ofrecen los servicios de intervención terapéutica de sesión única, no impidió que muchas diadas terapéuticas consiguieran construir una relación útil durante la consulta, siempre y cuando el volumen de consulta no fuera alto para las psicólogas, y pudieran desarrollar el formato de intervención de sesión única lo más cercanamente posible a los estándares ideales, como lo evidencian los registros de los diarios de campo y entrevistas en relación con los resultados útiles obtenidos en muchos pacientes consultantes dentro de los territorios directamente afectados por el CAI:

“ Por inconvenientes de seguridad la brigada fue suspendida... [Además] resulta difícil cumplir con la meta [de investigación] porque no llega mucha gente...”²².

²⁰ Entrevista a psicóloga intervención terapéutica de consulta única proyecto MSF – España en Cauca – Putumayo. Colombia, 2009.

²¹ Entrevista a psicóloga intervención terapéutica de consulta única proyecto MSF – España en Cauca – Putumayo. Colombia, 2009.

²² Entrevista a psicóloga intervención terapéutica de consulta única proyecto MSF – España en Cauca – Putumayo, donde todas las sesiones únicas efectuadas puntuaron como útiles. Colombia, 2009.

Concordancia entre la Percepción de Utilidad de la Sesión Única entre Paciente y Psicólogo Terapeuta.

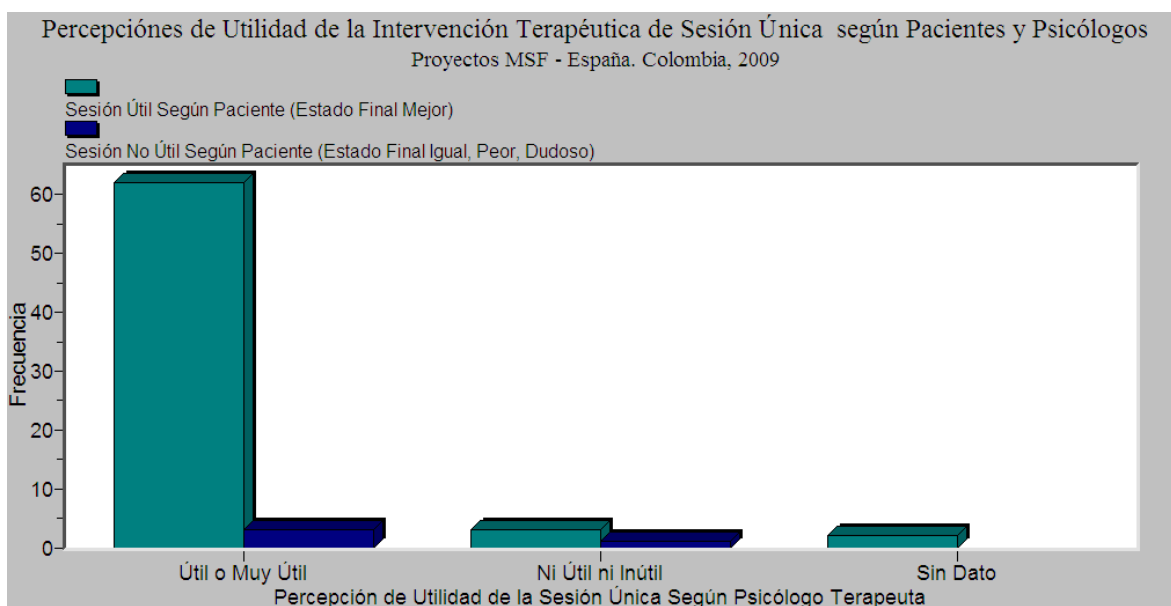
La percepción del terapeuta en cuanto a haber realizado una intervención útil o muy útil, coincidió con una percepción de mejoría en 86% de los pacientes (61/71). Siempre que la percepción correspondió a una sesión muy útil hubo mejoría en el paciente (12 casos; 100% de los calificados con percepción muy útil), en cambio, cuando la percepción fue de una sesión útil solo un 94% de los correspondientes pacientes presentaron mejoría (49/52 casos), pudiendo los restantes aparecer como pacientes sin mejoría (1/52 casos) o con empeoramiento (2/52 casos); cuando el terapeuta consideró que su consulta no fue ni útil ni inútil, no obstante se presentó mejoría en 80% de los pacientes que asistieron a dichas sesiones (4/5 pacientes), mientras que el 20% restante quedó en una condición dudosa, según su propia percepción (1/5) (Cuadro No. 9; Gráfico No. 6).

Cuadro No. 9						
Concordancia entre Percepción de Utilidad de Sesión por el Clínico y Percepción de Estado Pos – Consulta por el Paciente. Evaluación Intervención Terapéutica de Sesión Única Proyectos MSF – E. Colombia, 2009.						
Percepción Estado General por Paciente	Igual	Mejor	Peor	Dudoso	Total	
Utilidad	(n)	(n)	(n)	(n)		
Sesión según Clínico					(n)	(%)
Sin Dato	0	2	0	0	2	2.81
Muy Útil	0	12	0	0	12	16.90
Ni útil ni inútil	0	4	0	1	5	7.04
Útil	1	49	2	0	52	73.25
Inútil	0	0	0	0	0	0
Muy Inútil	0	0	0	0	0	0
Total	1	67	2	1	71	100

Fuente: Base de Datos Proyecto “Evaluación de Resultados de Intervención Terapéutica de Sesión Única en los Proyectos de MSF– E”.

Analizando los casos de pacientes con riesgo suicida, encontramos que en su totalidad refirieron mejoría a través de sus respuestas a las escalas pos – consulta (11/11 casos con riesgo suicida; 100%), ninguno empeoró, continuó igual, o quedó sin determinar su estado desde la perspectiva del paciente; en cuanto a la percepción de utilidad de la sesión por parte del clínico en esos casos con riesgo suicida, en un 81.8% se consideró útil o muy útil la intervención terapéutica de sesión única impartida (9/11 casos), en el porcentaje restante no se pudo establecer estado final, por omisión en el registro de datos (2/11 casos) (Cuadro No. 10).

Gráfico No. 6



Cuadro No. 10

Percepción de Utilidad de la Sesión Única por Terapeuta, según Riesgo Suicida del Paciente

Utilidad Sesión	Sin Dato	Muy Útil	Útil	Ni útil ni inútil	Inútil	Muy Inútil	Total	
Riesgo Suicida	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(%)
Si	2	4	5	0	0	0	11	15.5
No	0	7	47	5	0	0	59	83.1
Sin Dato	0	1	0	0	0	0	1	1.4
Total	2	12	52	5	0	0	71	100

Fuente: Base de Datos Proyecto “Evaluación de Resultados de Intervención Terapéutica de Sesión Única en Proyectos de MSF– E”

Según grupos de edad, la percepción de psicólogos y pacientes coincidió en los casos de personas que no mejoraron ubicadas en los grupos de edad de 11 – 17 años, de 18 – 35 años, y mayores de 50 años (Gráficos No.7 y No.8). La percepción de inutilidad de las consultas tendió a coincidir más entre las terapeutas y los consultantes hombres, que entre las primeras y las consultantes mujeres (Gráficos No. 9 y No. 10)

Gráfico No.7

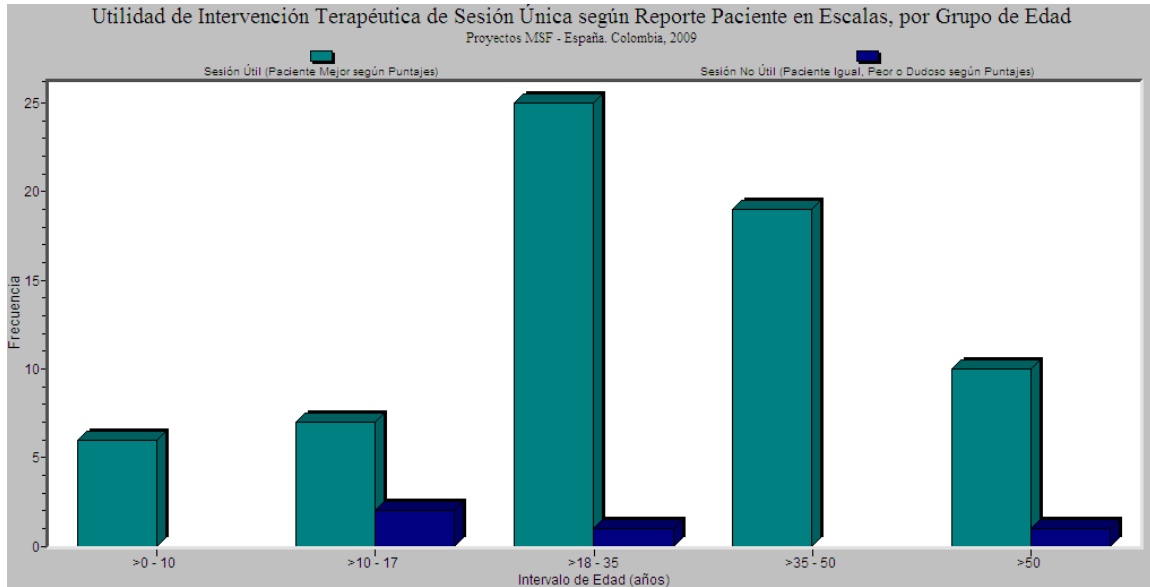


Gráfico No. 8

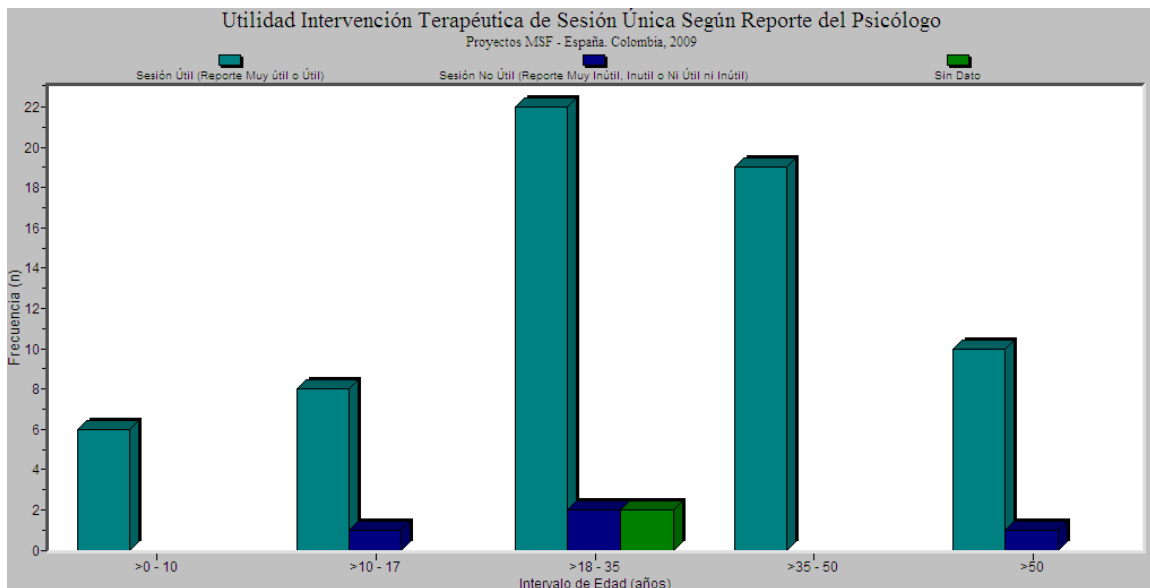


Gráfico No. 9

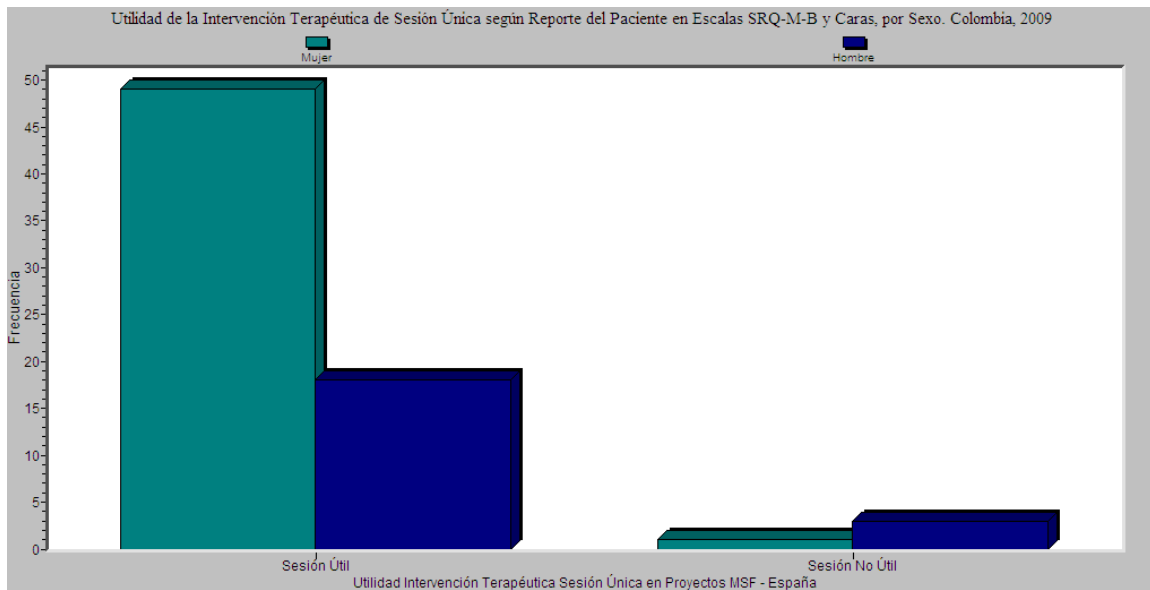
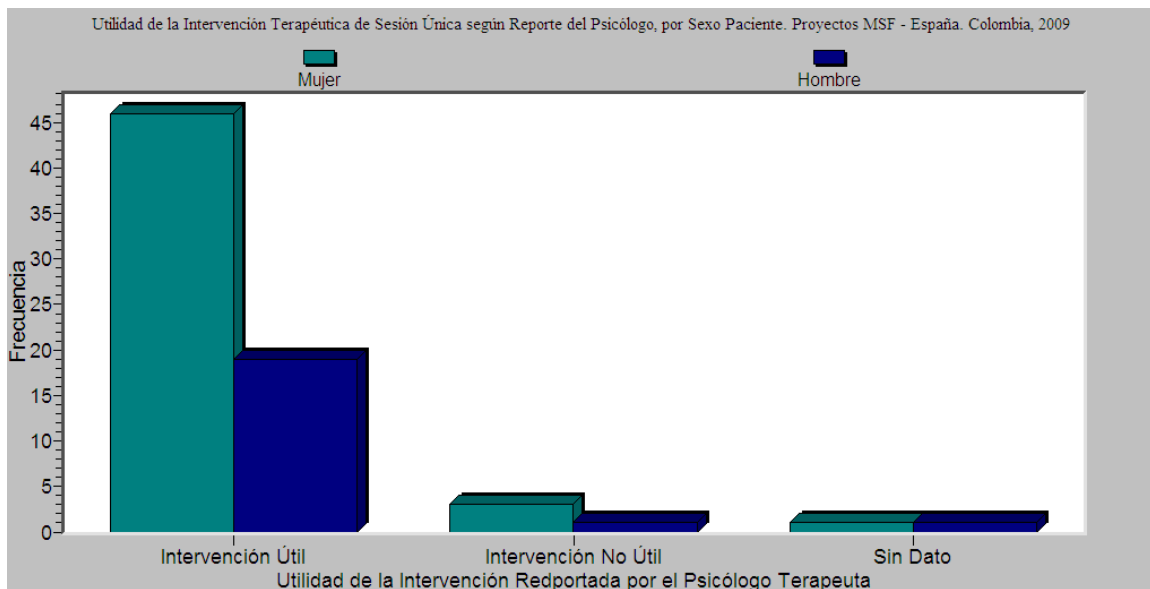
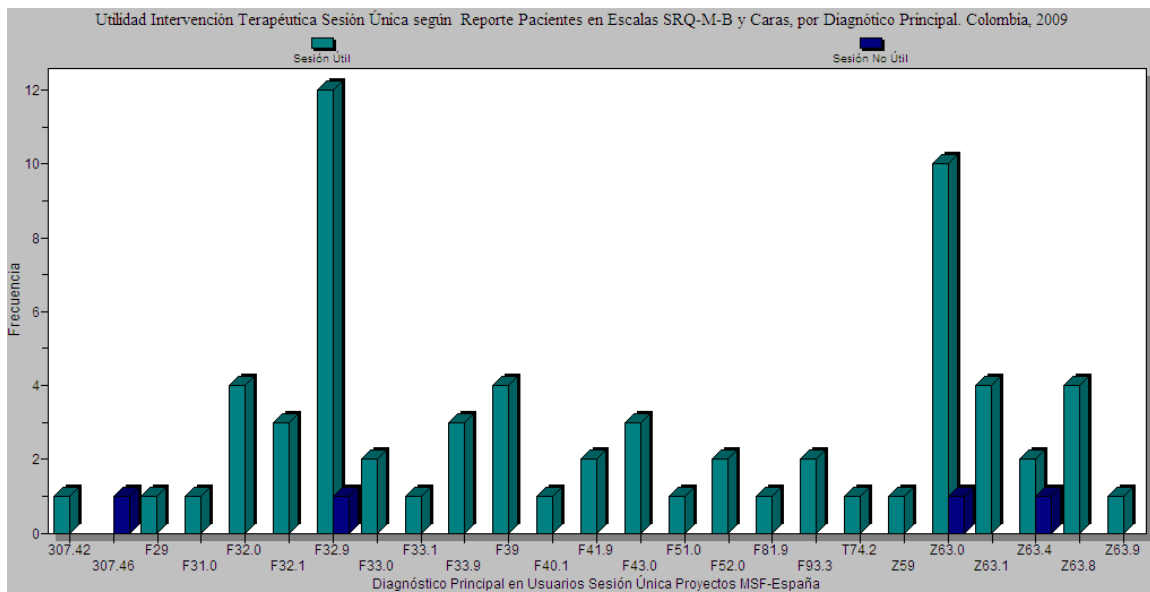


Gráfico No. 10



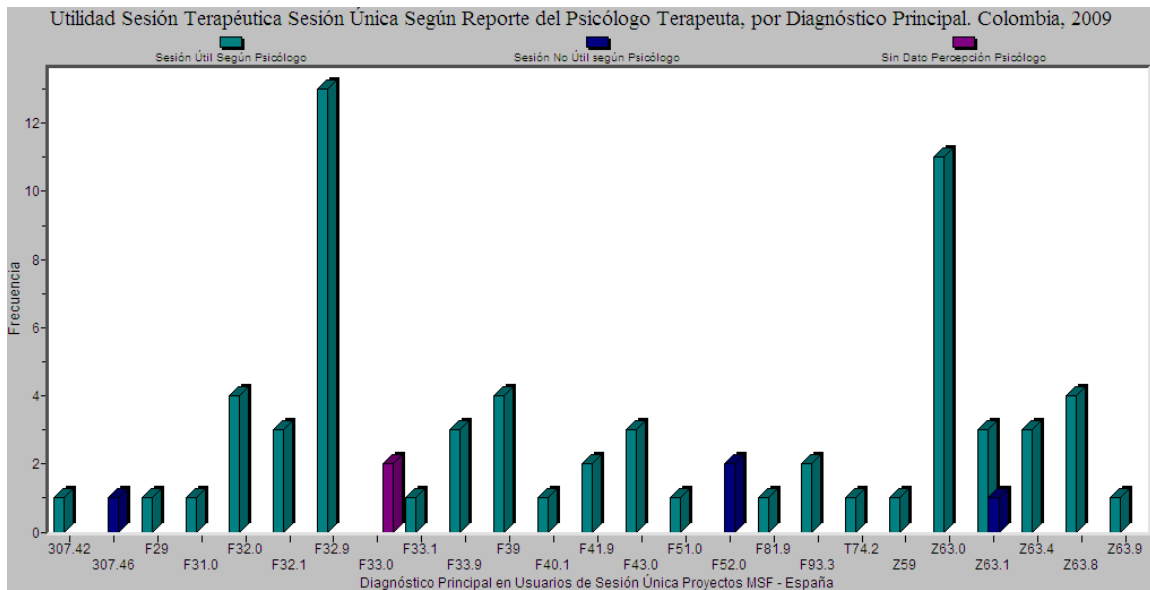
Tomando en cuenta los diagnósticos principales de los pacientes, las terapeutas concentraron su percepción de haber realizado una sesión única no útil en casos con diagnósticos de trastorno del ritmo circadiano²³, todos los casos trastorno por deseo sexual hipoactivo, y los problemas paterno – filiales en donde el niño es el centro de atención clínica. En cambio, los pacientes reportaron una intervención no útil en casos con diagnóstico de duelo, problemas conyugales, el caso diagnosticado como trastorno del ritmo circadiano, y algunos casos de trastorno depresivo mayor episodio único. La totalidad de los casos en los cuales se omitió el reporte de percepción de utilidad clínica de la sesión según criterio de la terapeuta correspondieron a pacientes a quienes se hizo un diagnóstico de trastorno depresivo mayor recidivante (Gráficos No. 11 y No. 12).

Gráfico No. 11



²³ Efectuado en un paciente que consultó por terrores nocturnos.

Gráfico No. 12



Dos fragmentos de las entrevistas de investigación realizadas en el caso de una paciente y su psicóloga, quienes coincidieron al evaluar la intervención terapéutica de sesión única como inútil, ilustra cómo los marcos de referencia divergentes que cada miembro de la diada terapéutica emplea para comprender el motivo de consulta y reconceptualizarlo como una problemática a intervenir, entre otras causas, pueden hacer infructuoso cualquier intento de ayuda. A la vez, ilustra cómo la terapeuta logra detectar y explicitar la percepción negativa que tuvo la paciente sobre la consulta:

“Para mí, salí igual, porque yo pienso que para lo que tengo tiene que haber un medicamento. Al no darme medicamento, sigo igual. [La psicóloga] me dijo que enfrentara [la situación]... pero yo me siento incapaz; también que me diera un tiempo... Pero yo creo que deberían ensayar con una droga... me gustó que lo escuchen a uno, pero deberían dar medicamentos... eso sí creo que es una debilidad [de la intervención]”²⁴.

“Consulta por algo físico, pero que está relacionado con una situación personal de fondo. Se orientó el motivo de consulta y se intentó abordarlo, pero no se logró... el trabajo en resignificarlo no tuvo mucho éxito... salí decepcionada, no encontré respuesta ni validación de lo que estaba buscando”²⁵.

Evaluación Inmediata de las Características de la Consulta:

En cuanto a la sección A del instrumento SEQ – M, aplicada solo al egreso de la intervención única, y dedicada a evaluar la consulta en sus características, se procedió de acuerdo con las indicaciones del autor de la escala, tomando el puntaje otorgado a la pregunta inicial²⁶, como Índice Global de la Consulta, e indicativo de la calidad y utilidad general de ésta según percepción de los pacientes. Se obtuvo así un

²⁴ Entrevista a usuaria intervención terapéutica de consulta única en proyecto MSF – España en Cauca – Putumayo. Colombia, 2009.

²⁵ Entrevista a psicóloga de intervención terapéutica en consulta única de proyecto MSF – España en Cauca – Putumayo. Colombia, 2009.

²⁶ Que pide conceptualizar la intervención como “Buena o Mala”.

puntaje promedio de 6.7 puntos, con un rango entre 2 y 7 puntos (DS=0.8), sobre 7 puntos posibles, por lo cual podemos afirmar que los consultantes resultaron en general satisfechos con la calidad y utilidad de la intervención recibida.

Las entrevistas realizadas para comprender mejor los resultados de las encuestas, permitieron establecer que algunos pacientes identificaron la calidad y utilidad global de su consulta con aspectos no evaluados en los ítems del SEQ- M parte A, por ejemplo, según el poco tiempo que tuvieron que esperar antes de entrar donde la psicóloga, lo que se evidenció cuando afirmaron durante la entrevista ante sus respuestas en la escala que *“la consulta me pareció muy buena, porque me atendieron ligero”*²⁷.

La distribución de los puntajes obtenidos por distintos aspectos que caracterizaron el ritmo, la profundidad y la suavidad de la sesión pueden observarse en el Cuadro No. 8.

El puntaje promedio relativamente bajo que obtuvo el ítem que calificaba a la sesión como lenta o rápida quizás adquiera una significación especial a la luz de un comentario surgido en varias de las entrevistas efectuadas dentro de contextos de atención en que se dieron varios casos de valoración de la intervención como no útil, a pacientes que pensaban que la intervención podría mejorar en algo, quienes mencionaban de maneras diversas un mismo tema común: *“creo que faltó tiempo, que tocó agilizar la consulta...me gustaría que se pudiera dar otra consulta, por lo menos en un mes”*²⁸. Probablemente consultas más rápidas puedan hacer más difícil de obtener el resultado terapéutico esperado a partir de una intervención terapéutica de sesión única.

Cuadro No. 8. PUNTAJES EN LOS ÍTEMS DE LA ESCALA SEQ–M PARTE B., COLOMBIA, 2009.		
PUNTUACIÓN CARACTERÍSTICA SESIÓN POR PACIENTES	Promedio	D.S
Tranquila – Tensa	6.05	1.46
Fácil – Difícil	6.09	1.33
Valiosa – Sin Valor	6.64	0.95
Profunda – Superficial	6.23	0.90
Emocionante-Calmada	4.91	2.14
Agradable – Desagradable	6.61	0.98
Completa – Incompleta	6.39	1.03
Lenta – Rápida	5.36	1.33
Especial – Común	6.21	1.26
Suave – Brusca	6.53	0.87
Fuente: Base de Datos Proyecto “Evaluación de Resultados de Intervención Terapéutica de Sesión Única en los Proyectos de MSF– E”.		

²⁷ Entrevista a paciente intervención terapéutica de consulta única en proyecto MSF – España en Cauca – Putumayo. Colombia, 2009

²⁸ Entrevista a paciente intervención terapéutica de consulta única en proyecto MSF – España en Cauca – Putumayo. Colombia, 2009

Por otra parte, la percepción de suavidad como un aspecto de la intervención que facilitó un desenlace útil para el paciente en la pos – consulta se evidenció de manera directa en expresiones de las psicólogas como:

“Fue una consulta suave, donde se brindó escucha activa, donde se permitió expresar sus sentimientos y emociones, lo que le dio tranquilidad para poder desahogarse”²⁹

“Manifiesta la paciente que lo que la hizo sentir muy bien fue la forma como fue atendida, ya que fueron muy amables con ella, y por primera vez dice no haberse sentido juzgada”³⁰.

EVALUACIÓN DEL EFECTO MEDIATO DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE SESIÓN ÚNICA: CARACTERIZACIÓN DE LOS SEGUIMIENTOS EFECTUADOS SEIS SEMANAS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DE SESIÓN ÚNICA

En éste estudio, la proporción de retorno espontáneo de pacientes para una segunda consulta por psicología, seis semanas después de la sesión única inicial pautada como tal con el consultante, fue del 2.8% (2/71 pacientes). La proporción de no retornos del 97.2% que fue encontrada en los contextos rurales directamente afectados por el Conflicto Armado Interno Nacional (CAIN) colombiano en los cuales se desarrolló el estudio supera otros datos obtenidos a partir de proyectos urbanos de salud mental de MSF-E en Colombia, y reafirma la justificación de consolidar un modelo de intervención terapéutica de consulta única que se adecúe a las condiciones y necesidades reales que se plantean en el contexto del conflicto armado interno colombiano para la atención de población civil afectada en su salud mental.

En efecto, las cifras encontradas superan con creces los antecedentes documentados para el año 2006 en el proyecto urbano de salud mental desarrollado por MSF-España en Florencia – Caquetá, cuando se informaba que un *“57% de los nuevos pacientes (sobre el primer ejercicio 2006) han sido visto únicamente en una consulta”^{31, 32}* y el *64% de los abandonos ocurre tras la primera consulta”³³*, con lo cual la tasa de retorno luego de una primera visita era del 36% en ese momento y lugar.

Estas afirmaciones fueron válidas para un proyecto funcionando en área urbana dentro de la cabecera departamental del Caquetá; a las razones ligadas con las características de los usuarios de servicios de salud mental, que justificaron en parte esta ya baja tasa de retorno por parte de los consultantes de primera vez en el proyecto de Florencia, hay que agregar que, de manera histórica, se han documentado las dificultades de acceso en el área rural dentro del departamento del Caquetá tanto desde los potenciales consultantes hacia los servicios de ayuda humanitaria, como viceversa, por lo cual resulta razonable esperar aún un menor índice de consultas repetidas cuando los servicios de salud mental de MSF se desenvuelven dentro de

²⁹ Entrevista a terapeuta intervención de sesión única en proyecto MSF – España en Caquetá. Colombia, 2009

³⁰ Entrevista a terapeuta intervención de sesión única en proyecto MSF – España en Caquetá. Colombia, 2009

³¹ Este porcentaje no incluyó los pacientes que han sido sólo orientados porque no entran en los criterios de inclusión del proyecto de Salud Mental en Florencia – Caquetá; incluye los pacientes que ha sido evaluado que sufren un trastorno psíquico haciendo necesario un tratamiento y a los cuales un proyecto terapéutico ha sido propuesto.

³² Aquí también los datos del proyecto desarrollado por MSF-F en Tolima son parecidas a las de Florencia.

³³ Genot, M; Saavedra, L (2006) Evaluación de la pertinencia e impacto proyecto de salud mental de Florencia – Caquetá. MSF – E (Preliminar). 41p.

áreas rurales como las del citado departamento, y otros ubicados en el sur del país que comparten sus condiciones sociales, geográficas y políticas³⁴.

Nuestra determinación de la proporción de retorno espontáneo de pacientes del 2.6%, en servicios ambulatorios rurales de salud mental ofrecidos en contextos de conflicto armado, podría aportar conocimientos novedosos en cuanto al comportamiento de consultantes en tales condiciones, pues no se ha podido ubicar hasta el momento otra referencia bibliográfica desarrollada en condiciones similares con quien contrastarla.

A nivel mundial, son pocos los estudios que analizan la tasa de abandonos luego de la primera consulta en servicios ambulatorios de salud mental; mucho menos, en aquellos desarrollados dentro de contextos rurales. Entre otros, un estudio realizado en Estados Unidos y reportado por la psicóloga responsable del programa de salud mental de MSF-E en Florencia – Caquetá en su informe semestral 2006³⁵, encontró abandonos del 20 al 40%³⁶.

No obstante, la ausencia de regreso de un paciente a la consulta psicológica después de su primera consulta no debería ser asumida de manera automática como sinónimo de abandono o fracaso terapéutico. Talmon ha sido uno de los primeros autores que ha preconizado la utilidad de las intervenciones terapéuticas de sesión única, y ha efectuado estudios para valorar su efectividad. Su inquietud surgió de observar que en el contexto de los consultorios psicológicos reales, entre el 30% y el 80% de los pacientes solamente asiste a una única consulta, aunque se les programe para un tratamiento dentro de otro formato³⁷.

Talmon inició su investigación recontactando a sus propios pacientes que habían asistido a una sola sesión de psicoterapia, en un consultorio externo norteamericano. De los 200 pacientes que contactó, 78% reportaron que ellos habían obtenido lo que esperaban de la psicoterapia en la sesión única asistida, y que estaban mejor o mucho mejor en cuanto al problema que les había llevado a buscar ayuda terapéutica³⁸.

El mismo autor cita cinco estudios que apoyan sus observaciones sobre la efectividad de una sesión única de terapia. Uno de esos estudios, por ejemplo, de Silverman y Beech, examinó una terapia de sesión única entre usuarios de un centro de salud mental comunitario en Israel, y concluyó que "La noción de que el abandono del tratamiento constituye una falla para el cliente o el sistema de ayuda es claramente poco sostenible. Al menos el 80% de los usuarios intervenidos mediante una sesión única informaron que su problema se había resuelto, 70% refirieron satisfacción con los servicios recibidos, y la mayoría de las expectativas del usuario con respecto al centro se cumplieron³⁹.

Otros estudios han obtenido resultados similares, entre los que se destaca el trabajo de Cummings y Follette, investigadores del Kaiser/permanente Medical Center en San Francisco. Esos autores informan que

³⁴ Genot, M; Saavedra, L (2006) Evaluación de la pertinencia e impacto proyecto de salud mental de Florencia – Caquetá. MSF – E (Preliminar). 41p.

³⁵ Ref. INFORME DE PROYECTO SM FLORENCIA I-2006-R Capital, p. 7-8

³⁶ Genot, M; Saavedra, L (2006) Evaluación de la pertinencia e impacto proyecto de salud mental de Florencia – Caquetá. MSF – E (Preliminar). 41p.

³⁷ Talmon, M (1990) Single Session Therapy. California. Jossey - Bass. 146 p.

³⁸ Talmon, M (1990) Single Session Therapy. California. Jossey - Bass. 146 p.

³⁹ Talmon, M (1990) Single Session Therapy. California. Jossey - Bass. 146 p.

los pacientes que fueron vistos en una sesión única de psicoterapia, sin repetidas visitas psicológicas, redujeron su utilización de servicios médicos en un 60% en los siguientes 5 años⁴⁰.

Dado que solamente dos casos de nuestro estudio contaron con seguimiento a las seis semanas, se prefirió efectuar un análisis narrativo singularizado que uno de tipo estadístico explicativo en ésta sección del documento.

Caso No. 1 Hombre Adulto Mayor con Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor recurrente y Mejoría Sostenida a las 6 semanas de la Intervención Terapéutica de Sesión Única, con Respecto a su Ingreso y a su Estado Pos – Consulta Inmediata:

Se trató de un hombre adulto mayor con diagnóstico de trastorno depresivo mayor recidivante de intensidad no determinada, sin riesgo suicida, quien manifestó como motivo de consulta inicial “tristeza y desolación”. Procedía de la cabecera municipal del municipio de San Vicente del Caguán, en el departamento del Caquetá; de estado civil unión libre, escolaridad primaria incompleta, y oficio panadero.

Relató que había regresado espontáneamente a otra consulta a las seis semanas de la primera, pues aunque seguía mejorando de sus síntomas desde que recibió la intervención terapéutica de sesión única, continuaba con temor constante de volverse a ver expuesto a factores de riesgo propios del conflicto armado interno, y creía que tal preocupación podría volver a recrudecer sus síntomas depresivos en recuperación.

La presencia constante de un conflicto armado activo en su sitio de procedencia mantenía viva su preocupación, aunque no se había visto de nuevo expuesto directamente a factores de riesgo específicos del CAIN, como en otras ocasiones. Este temor había sido el único evento vital negativo identificado durante el lapso entre la intervención terapéutica de sesión única y el seguimiento un mes y medio después. Como único evento vital positivo experimentado en el mismo lapso, identificaba la práctica constante de las indicaciones y ejercicios terapéuticos recomendados durante la sesión única de psicoterapia, seis semanas atrás.

La escala de caras fue puntuada por el paciente en la pre – consulta inicial con cuatro (4) puntos sobre seis (6) posibles; al egreso de la consulta el hombre puntuó la escala de caras con cinco (5) puntos. Cuando regresó seis semana después y se le pidió marcar en la escala su percepción global de bienestar en ese momento, volvió a indicar los mismos cinco (5) puntos otorgados seis semanas atrás.

En cuanto a la escala SEQ-M-B, la puntuación pre – consulta inicial del Índice Global de Sensaciones Positivas fue de 3.7 / 7 puntos posibles. Al salir de la consulta volvió a puntuar la escala, y el consiguiente Índice de Sensaciones Positivas mostró ahora 5 puntos. En su visita seis semanas después de recibir la intervención terapéutica de sesión única, el mismo índice se había elevado a 5.4 puntos, sobre 7 posible.

La psicóloga que le atendió inicialmente tuvo una percepción positiva del efecto terapéutico de su intervención, indicando en la pos – consulta inmediata que consideraba que la sesión que acababa de terminar con el paciente había sido útil para éste. Una valoración clínica efectuada por médica psiquiatra cuando el paciente regresó espontáneamente a consultar seis semanas después constató la existencia de una mejoría clínica sostenida y en aumento, respecto de lo observado en el contacto inicial del paciente con el proyecto.

Caso No. 2 Mujer Adulta Joven con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor Episodio Único y Mejoría Sostenida a las 6 semanas de la Intervención Terapéutica de Sesión Única con Respecto a su Ingreso:

Se trató de una mujer ubicada en el rango de edad adulta joven de acuerdo con la clasificación empleada en éste estudio, correspondiente al criterio legal que indica que todos los colombianos y colombianas son mayores de edad al cumplir los 18 años, quien no obstante sería considerada una adolescente mayor a partir de clasificaciones evolutivas; soltera, empleada, con escolaridad secundaria completa, y habitante de la cabecera municipal de Cartagena del Chairá, en Caquetá.

Se le hizo un diagnóstico de trastorno depresivo mayor episodio único con intensidad no especificada (de leve a moderado), con presencia de un riesgo suicida leve, quien manifestó como motivo de consulta inicial que asistía a consulta *“porque todo me sale mal”*.

Relató que había regresado espontáneamente a otra consulta a las seis semanas de la primera, pues aunque se sentía algo mejor de sus síntomas desde que recibió la intervención terapéutica de sesión única, continuaba con expuesta efectivamente a factores de riesgo propios de los conflictos intrafamiliares, y se sentía en riesgo inminente de sufrir un recrudecimiento de sus síntomas depresivos.

Esta exposición a un conflicto intrafamiliar, con posible presencia de violencia basada en género contra las mujeres en tal ámbito, había sido el único evento vital negativo identificado durante el lapso entre la intervención terapéutica de sesión única y el seguimiento un mes y medio después. Como único evento vital positivo experimentado en el mismo lapso, identificaba el haber conseguido activar redes de apoyo de pares, a partir de las indicaciones después de la sesión única de psicoterapia, recibida seis semanas atrás.

La escala de caras fue puntuada por la paciente en la pre – consulta inicial con un (1) puntos sobre seis (6) posibles; al egreso de la consulta el hombre puntuó la escala de caras con sei (6) puntos. Cuando regresó seis semana después y se le pidió marcar en la escala su percepción global de bienestar en ese momento, indicó dos (2) puntos, puntaje inferior al de la pos – consulta seis semanas ante, pero superior al referido inmediatamente antes de tener cualquier contacto terapéutico con los servicios psicológicos de MSF.

En cuanto a la escala SEQ-M-B, la puntuación pre – consulta inicial del Índice Global de Sensaciones Positivas fue de 2.6 / 7 puntos posibles. Al salir de la consulta volvió a puntuar la escala, y el consiguiente Índice de Sensaciones Positivas mostró entonces 6.5 puntos. En su visita seis semanas después de recibir la intervención terapéutica de sesión única, el mismo índice puntuó 4.5 puntos, sobre 7 posible. Así mismo, era superior al puntaje asignado preconsulta inicial, pero inferior al logrado en la pos – consulta inmediata seis semanas atrás.

La psicóloga que le atendió inicialmente tuvo una percepción positiva del efecto terapéutico de su intervención, indicando en la pos – consulta inmediata que consideraba que la sesión que acababa de terminar con la paciente había sido muy útil para ésta.

Aspectos a destacar a partir de los dos casos con seguimiento completado a las seis semanas pos – intervención terapéutica de sesión única

Los dos casos con seguimiento presentan una serie de característica comunes que vale la pena destacar:

- 1) La presencia de un trastorno depresivo mayor como diagnóstico principal, independientemente de que éste fuera episodio único o recurrente, o de que existiese o no riesgo suicida activo.
- 2) Tratarse de habitantes de pequeñas cabeceras municipales ubicadas dentro de zonas fuertemente afectadas por el conflicto armado interno.

- 3) Haber re – contactado espontáneamente seis semanas después los servicios de atención psicológica de MSF, al constatar que continuaban expuestos a factores de riesgo que potencialmente podrían recrudecer sus síntomas depresivos.
- 4) Haber provocado en sus terapeutas iniciales la percepción clínica de haber recibido una intervención terapéutica de sesión única con utilidad o mucha utilidad según los respectivos motivos de consulta y estados clínicos.
- 5) Haber coincidido con sus terapeutas en las percepciones de utilidad terapéutica de la intervención clínica recibida seis semanas atrás.
- 6) Haber desplegado por si mismos alguna estrategia de afrontamiento efectiva ante su problemática, con posterioridad a la sesión terapéutica única.
- 7) Haber otorgado a las escalas SEQ – M – B y Caras al momento de llegar al seguimiento unos puntajes más altos que los marcados en la preconsulta de seis semanas antes, independientemente de que éstos puntajes indicados en el momento del seguimiento fueran o no más altos que los señalados en la pos – consulta de la sesión única.

DISCUSIÓN

Entre los pacientes atendidos por la intervención psicológica de consulta única evaluada predominaron las mujeres; los habitantes rurales; con escolaridades bajas; dedicados a las labores del campo, al hogar o a estudiar; con estado civil unión libre.

El promedio de edad entre los consultantes fue de 33 años, con un rango entre 6 y 74 años. La mayor proporción de pacientes estuvo ubicada en el rango entre 18 y 35 años.

En su totalidad, se trató de personas que habitaban en zonas rurales o pequeñas cabeceras municipales fuertemente afectadas por el conflicto armado interno colombiano, en los departamentos de Caquetá, Putumayo y Cauca, ubicados al sur del país.

Los síntomas depresivos, diversos problemas vitales (ubicados en las categorías diagnósticas de Códigos Vitales del DSM – IV), así como los síntomas ansiosos ocuparon los tres primeros lugares como motivos de consulta.

Los trastornos depresivos y el duelo, diversos problemas que ameritan atención clínica (Códigos Vitales según el DSM – IV), y los trastornos de ansiedad fueron los tres primeros grupos de diagnóstico de acuerdo con su frecuencia entre los usuarios de la intervención, coincidiendo con otros estudios llevados a cabo en zonas afectadas por conflictos armados.

El síntoma mental que obtuvo el puntaje más bajo según respuestas dadas por los pacientes en la pre - consulta al responder al SEQ– M – B fue la tristeza, con un puntaje promedio de 3.17 puntos en una escala de 1 a 7, donde 1 indica la mayor tristeza posible y 7 la felicidad completa.

Se encontró riesgo suicida en 15.5% de los pacientes (11/71); siempre se trató de un riesgo bajo. Un 81.81% de los casos con riesgo suicida tenían diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor Episodio Único o Recidivante; 9% tenían diagnóstico de problemas conyugales; y 9% de Trastorno Afectivo No Especificado.

De acuerdo con los criterios empleados, se encontró que la intervención terapéutica de sesión única fue útil, desde la perspectiva del paciente, en un 94.4% de los casos, cuando fue evaluada de manera inmediata después de la consulta. Desde la perspectiva de las psicólogas tratantes, la intervención terapéutica de sesión única fue útil para los pacientes en un 92.8% de los casos, en una evaluación efectuada al finalizar la consulta.

En un 86% de los casos coincidieron las percepciones de utilidad de la sesión entre pacientes y terapeutas. La percepción por parte del psicólogo en cuanto a haber realizado un intervención psicoterapéutica de sesión única muy útil siempre se relacionó con una percepción de mejoría en su estado general por parte del paciente correspondiente. Cuando el psicólogo consideró haber realizado una sesión psicoterapéutica única útil, coincidió en una proporción superior al 90% con una percepción de mejoría en su estado general por el paciente.

En las entrevistas de pacientes en quienes la consulta había resultado útil se encontró que aparecían narrativas relacionadas con un conjunto recurrente de ejes temáticos a los cuales relacionaba con el efecto positivo conseguido; tales pacientes sentían que habían sido escuchados y comprendidos, que habían recibido orientaciones específicas a seguir para manejar sus motivos de consulta que ellos mismos podían aplicar en sus contextos reales para mejorar su situación, sentían confianza en sus propias potencialidades para agenciar un cambio positivo en sus condiciones motivo de consulta, lograban algún nivel de redefinición positiva del motivo de consulta, y vislumbraban un futuro mejor posible. Por el contrario, la divergencia en marcos de referencia entre terapeuta y consultante al momento de conceptualizar la problemática a intervenir, y de trazar un plan de manejo concordante, fueron un tema emergente en las narrativas de pacientes y terapeutas en casos en los cuales la sesión única no resultó útil a los pacientes.

Los pacientes cuyo estado general fue distinto a la mejoría estaban solteros (3/4) o en unión libre (1/4), y procedían en su totalidad de áreas rurales, ubicadas en el departamento del Putumayo. Ninguno de los caso con desenlace distinto a la mejoría presentaba riesgo suicida.

El trastorno más frecuentemente asociados con desenlaces distintos a mejoría fue el deseo sexual hipoactivo, con una baja frecuencia de presentación en la serie. La mejoría como desenlace inmediato de la intervención terapéutica de sesión única impartida en el contexto de estudio se relacionó con una amplia gama de diagnósticos, entre los identificados en los usuarios.

Todos los casos cuyo estado general fue distinto a la mejoría fueron atendidos en el mismo municipio, y todos los que empeoraron (2 casos) o tuvieron desenlaces indeterminados (1 caso) fueron atendidos al final de la jornada, en un mismo día, existiendo evidencias a partir de múltiples fuentes sobre el aparente efecto negativo ejercido sobre la potencia terapéutica en virtud de la presión de tiempo para la atención de los pacientes, y la carga de trabajo incrementada en ese día para los trabajadores de la salud presentes.

Esto hace pensar que los resultados negativos estuvieron relacionados directamente con aspectos contextuales objetivos del sitio donde se desarrolló la jornada de trabajo, que impidieron brindar una intervención terapéutica de sesión única lo más cercana posible a los estándares recomendados para lograr buenos resultados clínicos.

En otros contextos fuertemente afectados por el CAIN colombiano dentro de los cuales también se desarrolló éste estudio, en los cuales inclusive fue necesario en ocasiones suspender las actividades terapéuticas por razones de seguridad para el equipo detectadas mientras se desarrollaba la jornada, se lograron resultados útiles con la intervención terapéutica de sesión única, siempre que

la presión de trabajo, las condiciones objetivas en que se desarrolló la consulta y el agotamiento de los participantes no impidiera a terapeutas y pacientes desarrollar un buen encuentro terapéutico.

En cuanto al Índice Global de la Sesión otorgado por los consultantes a la sesión única recibida, según su percepción de calidad y utilidad inmediata, el puntaje promedio fue de 6.7 puntos, con un rango entre 2 y 7 puntos (DS=0.8), sobre 7 puntos posibles, por lo cual podemos afirmar que los consultantes resultaron en general satisfechos con la calidad y utilidad de la intervención recibida.

La rapidez en la consulta impresionó como un atributo poco apreciado por los pacientes, de acuerdo con los puntajes asignados a éste en el instrumento SEQ – M – A diligenciado cuando egresaron de la sesión única evaluada, y según narrativas proporcionadas al respecto durante las entrevistas de investigación.

Algunos testimonios proporcionados por los pacientes atendidos ponen en evidencia el dilema que plantea la necesidad de tratar con psicofármacos en algunos casos específicos, atendiendo a preferencias o características personales y de diagnóstico clínico, enfrentada con la imposibilidad para su uso racional y controlado en áreas rurales de difícil acceso con improbable presencia de recursos humanos de medicina general o especializada familiarizados con el tema del seguimiento a usuarios de medicamentos psiquiátricos; adicionalmente, el panorama ensombrece aún más ante la presencia real de bajas tasas de retorno en consultantes de servicios de salud mental rurales constatados en éste estudio, que plantearían fuertes barreras a esquemas de manejos centrados en el mediano o largo plazo, y en el seguimiento clínico de casos como estrategia importante para lograr sus objetivos.

Vale la pena resaltar que en ninguno de los casos atendidos se presentaron reacciones adversas ante la intervención terapéutica de sesión única realizada.

Los dos casos en los cuales pudo realizarse seguimiento a las seis semanas después de la intervención terapéutica de sesión única se encontraban con mejoría persistente respecto a los puntajes marcados en las escalas diligenciadas antes de ingresar a la sesión única de psicoterapia.

Los diagnósticos clínicos presente en tales casos con seguimiento a las seis semanas fueron un trastorno depresivo mayor recurrente, y un caso de problemas conyugales.

En el caso del trastorno depresivo mayor recurrente, el paciente identificaba factores de riesgo propios del CAIN como desencadenantes iniciales y mantenedores habituales de sus síntomas. El caso de problemas conyugales no presentaba un antecedente de explícito de exposición directa al conflicto armado interno, aunque sí a probable violencia basada en género contra las mujeres en contexto intrafamiliar, dentro de una zona de guerra.

El caso seguido correspondiente al diagnóstico de trastorno depresivo mayor recurrente de intensidad no especificada, sin riesgo suicida, había continuado mejorando mediante aplicación en casa de tareas terapéuticas indicadas en la intervención terapéutica de sesión única, logrando en la tercera aplicación de escalas a la seis semanas puntajes incluso superiores a los obtenidos en las escalas pre – consulta y pos – consulta. Una valoración clínica efectuada por médica psiquiatra en ese momento constató su mejoría sintomática respecto de lo observado en su contacto inicial con el proyecto.

El caso con seguimiento correspondiente al diagnóstico de trastorno depresivo mayor episodio único con intensidad no especificada, y con riesgo suicida, mostraba puntajes mayores en las escalas de seguimiento que los indicados en la pre – consulta de la sesión única, aunque no había logrado mantener o mejorar los puntajes de pos – consulta señalados seis semanas antes ante los mismos instrumentos.

Aunque singulares y no generalizables, las características de los casos en los cuales logró efectuarse seguimiento a las seis semanas permiten afirmar que es posible obtener mejoría clínica sostenida al menos durante seis semanas, mediante intervenciones terapéuticas de sesión única orientada a la solución de problemas, impartidas a pacientes expuestos a situaciones de violencia política y basada en género, habitantes en pequeños poblados sometidos a un conflicto armado interno nacional activo, cuando tales pacientes son portadores de dos de los más frecuentes diagnósticos clínicos psiquiátricos propios de esos contextos (trastorno depresivo mayor recurrente y trastorno depresivo mayor episodio único), inclusive en presencia de un riesgo suicida leve, e independientemente de su sexo o grupo de edad.

A la luz de las características observadas en los dos casos de nuestra serie con seguimiento completado a las seis semanas; y de acuerdo con la literatura publicada sobre intervenciones terapéuticas de sesión única, en la cual se indica que se puede esperar encontrar mejoría en los pacientes que nunca regresan espontáneamente a control, hasta en un 60 – 80% de los casos recontactados por iniciativa de los investigadores, con resultados mejores en aquellos con quienes existió percepción de utilidad clínica en la pos consulta inmediata, es posible esperar que un porcentaje similar al publicado por otros autores, entre los pacientes intervenidos durante nuestro estudio quienes no regresaron espontáneamente a consulta seis semanas después, se encuentren con algún grado de mejoría clínica sostenida, a la espera de que identifiquemos las estrategias apropiadas para conseguir recontactarles, y verificar su estado en el futuro.

CONCLUSIONES

- La población atendida mediante la intervención terapéutica de sesión única se caracterizó por ser predominantemente rural, femenina, con escolaridades baja, dedicada a labores del campo, al hogar o a estudiar, y con estado civil unión libre.
- Los principales diagnósticos clínicos abordados mediante la intervención evaluada fueron los trastornos depresivos y el duelo, los problemas vitales (de acuerdo con la clasificación de Códigos Vitales planteada por el DSM – V),y los trastornos de ansiedad.
- En un 15.5% de los pacientes atendidos se detectó la presencia de riesgo suicida, siempre bajo.
- La evaluación del efecto inmediato de la intervención terapéutica de sesión única mostró que ésta fue útil ante el motivo de consulta en un 94.4% de los casos, desde la perspectiva del paciente, y en un 92.8% de los casos, desde la perspectiva de la psicóloga tratante. Estas dos percepciones coincidieron en un 86% de los casos.
- Solamente un 2.8% de los pacientes (dos personas) retornaron de manera espontánea a la consulta seis semana después de haber sido efectuada la intervención terapéutica de sesión única evaluada. Ambos presentaban riesgo suicida bajo en el momento de su consulta inicial, y recibieron un diagnóstico de trastorno depresivo mayor en ese momento.
- La evaluación cualitativa de los dos casos re - contactados para valoración de efecto mediato de la intervención terapéutica de sesión única realizada permitió establecer que resultó útil para la solución, al menos parcial en uno de los casos y bastante completa en el otro, de los síntomas motivo de consulta inicial, independientemente del sexo o la presencia de riesgo suicida en los consultantes.
- No obstante, el bajo volumen de casos re - contactados no permite hacer generalizaciones en cuanto a la utilidad de la intervención terapéutica de consulta única, luego de seis semanas de su realización.

- El bajo volumen de personas re- contactadas para una segunda sesión luego de seis semanas de la intervención terapéutica de sesión única, da cuenta de manera clara de la realidad presente en el contexto de intervención, ubicado en todos los casos incluidos en éste estudio dentro de zonas de conflicto armado interno que plantean múltiples dificultades infranqueables para conseguir que los pacientes acudan a la consulta psicológica en más de una ocasión.
- Consideramos que ésta baja proporción personas que acudieron a una segunda consulta psicológica es también un importante hallazgo a resaltar, pues comprueba la necesidad de continuar encuadrando el trabajo psicológico que se realiza dentro de zonas con características similares a las abordadas dentro del enfoque de las intervenciones terapéuticas de consulta única, ante la imposibilidad de re - contactar y el deber ético de brindar alivio a los pacientes; así mismo, plantea el reto de continuar afinando éste tipo de procedimientos para poder lograr los mejores resultados posibles en la única oportunidad de contacto terapéutico que probablemente tengan los pacientes.

RECOMENDACIONES

- Continuar implementando intervenciones terapéuticas de consulta única dirigidas a población civil habitante de zonas rurales y pequeños poblados atrapados en territorios sometidos a los efectos del conflicto armado interno, en medio de una constante actitud de autoreflexión crítica y constructiva que permita ir consolidando cada vez más un modelo capaz de responder de manera eficaz y sensible a las necesidades reales de la población objeto, y de sortear los obstáculos concretos que el medio objetivo plantea para el desarrollo de estrategias de atención en salud mental más convencionales.
- Continuar con los procesos de estandarización continua de las psicólogas participantes en los proyectos donde se aplique intervención terapéutica de consulta única, con el fin de afinar los procesos de diagnóstico e intervención, en busca de resultados cada vez más uniformes.
- Consolidar estrategias para asegurar las condiciones mínimas necesarias en las cuales pueda desarrollarse una intervención terapéutica de consulta única de acuerdo a sus estándares recomendados de duración, rendimiento del terapeuta, tiempos de espera, y demás descritas en la literatura, con el fin de potenciar los posibles resultados positivos obtenidos en los pacientes.
- Abordar el dilema de la necesidad real de uso de psicofármacos en algunos casos seleccionados, frente a las dificultades múltiples planteadas por el contexto para su uso racional y monitorizado en el mediano y largo plazo, con el fin de explorar posibles soluciones creativas que incrementen la potencia terapéutica y la aceptabilidad de las intervenciones de salud mental ofrecidas por MSF – E en contextos rurales sometidos a CAI, como complemento de las intervenciones terapéuticas de consulta única, cuando se amerite.
- Resulta interesante replicar con otras poblaciones y en otros contextos la metodología seguida en éste estudio, tanto para la intervención terapéutica de sesión única realizada, como para su evaluación, con el fin de continuar consolidando tanto las estrategias terapéuticas planteadas como su evaluación.
- También es importante continuar explorando las características de aquellas intervenciones en que resultó concordante la apreciación de utilidad percibida por terapeutas y pacientes, con el fin de

ayudar en la consolidación de un modelo cada vez más potente para efectuar intervenciones terapéuticas de sesión única.

- Así mismo, impulsar la investigación en torno a estrategias directas (detección de pacientes que regresan en cualquier momento a cualquier servicio MSF para reevaluar su estado clínico respecto al motivo de consulta en salud mental que lo llevó a participar en éste estudio), o indirectas (por ejemplo, detección de desenlaces fatales en casos con riesgo suicida mediante análisis sistemático de estadísticas vitales por localidades en los departamentos incluidos en el estudio, entre otras posibles) para evaluar el impacto de intervenciones terapéuticas de sesión única en contextos donde se hace muy difícil un segundo contacto con los pacientes. Lo anterior, con el fin de poder consolidar el conocimiento construido hasta el momento en cuanto a los efectos en el mediano y largo plazo de las intervenciones terapéuticas de consulta única impartidas.