



Psicología desde el Caribe

ISSN: 0123-417X

psicaribe@uninorte.edu.co

Universidad del Norte

Colombia

Viveros Chavarría, Edison Francisco; Londoño Bernal, Laura Victoria; Ramírez Nieto, Luz
Ángela

Comunicación en familias que acompañan a pacientes en la clínica psiquiátrica “Nuestra
Señora del Sagrado Corazón” (Medellín-Colombia)

Psicología desde el Caribe, vol. 34, núm. 1, enero-abril, 2017, pp. 16-29

Universidad del Norte
Barranquilla, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21356010002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

COMUNICACIÓN EN FAMILIAS QUE ACOMPAÑAN A PACIENTES EN LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA “NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZÓN” (MEDELLÍN-COLOMBIA)

Communication in families that accompany to patients
in the Psychiatry Clinic "Nuestra Señora del
Sagrado Corazón" (Medellín-Colombia)

Edison Francisco Viveros Chavarría*
Laura Victoria Londoño Bernal*
Luz Ángela Ramírez Nieto*

Resumen

Este artículo se propuso interpretar la comunicación de familias de pacientes vinculados a intervenciones grupales en una Clínica Psiquiátrica de Medellín (Colombia). Se utilizó el enfoque cualitativo y se desarrolló a partir de las propiedades vinculadas a la dimensión de comunicación familiar. Este estilo de investigación se mantiene en la tradición hermenéutica, que siguiendo a Galeano (2004) da prioridad a los relatos de los participantes para captar las interpretaciones que ellos hacen de sus propias realidades. Los resultados sugieren que la comunicación en el acompañamiento familiar a pacientes se sostiene en tres dimensiones: “La paradoja comunicativa”, “Otras alternativas de comunicación” y “Los tiempos narrativos referidos a la enfermedad mental”. Se concluye que los síntomas del paciente involucran a la familia como sistema y estos fueron construcciones intersubjetivas.

Palabras clave: Comunicación familiar, Intervención en psiquiatría, Intervención familiar, Relaciones familiares, Familia, Dinámica familiar.

* Fundación Universitaria Luis Amigó.

Correspondencia: Universidad del Norte. Km 5 Antigua Vía a Puerto Colombia. Barranquilla, Colombia.
dayanarestrepoc@gmail.com

Abstract

This article presents an interpretation of familial communication of patients involved in group intervention in a Psychiatric Clinic of Medellín (Colombia). The methodology approach was qualitative and was developed from the dimension of Family Communication approach. This style of investigation was hermeneutics, which, according to Galeano (2004), offers priority to the narrations of the participants to capture the interpretations about the family reality. The results suggest that communication within families accompanying patients has three dimensions: “Communication paradox”, “Other communication alternatives” and “Narrative times of mental illnesses”. We conclude that the symptoms of the patient involve family members as a system and are intersubjective constructions.

Keywords: Family Communication, Intervention in Psychiatry, Family Intervention, Family relationship, Family, Family dynamics

INTRODUCCIÓN

La intervención con familias como apoyo al proceso terapéutico de pacientes en una clínica psiquiátrica se constituye en una práctica necesaria. Sin embargo, algunas investigaciones como las de Ríos (2008), Lolas (2009), Zúñiga, Navarro, Lago, Olivas, Muray y Crespo (2013), Braga y Petrides (2007) y Weisberg, Dyck, Culpepper y Keller (2007) no plantean deliberadamente esta necesidad y no abordan el tema. Esto se constituye en una debilidad de dichos estudios. Solo Vázquez, Salvador y Vázquez (2012) enuncian con vehemencia la importancia de desarrollar la intervención terapéutica con pacientes psiquiátricos graves en su contexto comunitario, pero no declaran la relevancia de la familia.

Desde la dinámica familiar pueden describirse las relaciones entre los integrantes de la familia. Ignorar la familia o no darle un lugar preponderante en la intervención psiquiátrica es perder de vista una enorme posibilidad de disminución de esfuerzos para lograr los indicadores que subyacen en un proceso terapéutico. La dinámica familiar está constituida por dimensiones como: comunicación, autoridad, normas, rela-

ciones afectivas, límites, roles y uso del tiempo libre. Pino (2012) señala que la familia por sus particulares formas de relación se configura como un grupo de potentes influencias en el comportamiento de las personas; esto permite justificar la relevancia de un estudio que trate de relacionar a la familia con la intervención a pacientes en una clínica psiquiátrica.

Este artículo gravita en la tradición teórica del pensamiento sistémico, principalmente en las teorías referidas a la dinámica familiar contrastadas con los discursos de los participantes. Como lo expone López y Herrera (2014), la familia cobra un interés creciente en las ciencias sociales y de la salud, sobre todo en perspectivas sistémicas y socio-críticas. Tales estudios se dan en dos líneas, una, con instituciones y profesionales independientes y otra, bajo la orientación del Consejo Nacional de Relaciones Familiares con instituciones y profesionales de Estados Unidos, Canadá y Australia, por ejemplo.

Este estudio tiene relevancia social por la evidente relación entre comunicación familiar e intervención psiquiátrica. Con la comunicación, dicen Watzlawick, Helmick y Jackson (1985), existen

cinco axiomas que son aplicables a la dinámica familiar: 1) es imposible no comunicar, 2) hay niveles de contenido y relación en la comunicación, 3) aparecen puntuaciones en la secuencia de los hechos, 4) coexisten la comunicación digital y la analógica y 5) se da la interacción simétrica y complementaria. Con la comunicación, resaltan Nardone, Giannotti y Rocchi (2003), se genera un ambiente en el que los integrantes tienen claro que gracias a la construcción de relatos se evidencia cuáles comportamientos están permitidos y cuáles prohibidos al interior y fuera de la familia. Ahora, las intervenciones con pacientes psiquiátricos que no se apoyan en la familia tienen la desventaja de actuar de forma reduccionista y centrada en la medicación, porque no tienen en cuenta el contexto comunitario del paciente y sus relaciones familiares. Una intervención psiquiátrica es más efectiva con la familia del paciente, tal y como se quiere demostrar en este artículo.

En cuanto a los antecedentes se hallaron los siguientes estudios que guardan relación con este estudio. Ríos (2008) afirma que existen bases culturales que motivan el encierro terapéutico principalmente a través de los imaginarios sociales “sobre la locura, sus causas, síntomas y tratamientos” (p. 73). Concluye que de acuerdo a las relaciones y los imaginarios sociales se construyen alternativas de intervención para la población considerada como “loca”; esto siempre con una característica de exclusión y control social.

Lolas (2009) defiende la relevancia del uso de un instrumento llamado Axiograma, con el que se puede obtener información relacionada con la historia médica de la familia del paciente. Sin embargo, no expone la forma en que se puede usar y cómo este favorece la intervención psiquiátrica apoyándose en la familia. Concluye que son necesarios estudios empíricos que

usen la Axiografía para relacionar las entidades psiquiátricas con las prácticas culturales.

Zúñiga, Navarro, Lago, Olivas, Muray y Crespo (2013) defienden la necesidad de vincular el contexto comunitario con los procesos de intervención psiquiátrica mediante el instrumento Camberwell Assessment of Needs (CAN). Las variables de este son sociales, socio-demográficas y clínicas. Los investigadores concluyen que es posible predecir las necesidades de los pacientes si se tiene en cuenta el contexto comunitario; esto facilitaría la planeación de servicios a pacientes con base en evidencia científica.

Braga y Petrides (2007) realizan un estudio en el que resaltan la importancia del uso farmacológico en el tratamiento psiquiátrico. Ellos concluyen que la intervención científica debe basarse en medicamentos y estrategias biológicas, dado que son una promesa de abordaje más seguro. Este estudio resalta la necesidad de control de los comportamientos de los pacientes y no expone datos sobre la importancia de los relatos de pacientes y sus familias; es clara la apología al modelo farmacológico.

Weisberg, Dyck, Culpepper y Keller (2007) en contraste con la investigación anterior sostienen que la intervención debe realizarse con base en las particularidades de cada paciente. De los 539 pacientes de tal estudio, 47,3% no recibía medicación, 21% tomaba tratamiento farmacológico, 7,2% solo era atendido con psicoterapia y 24,5% era tratado con medicación y psicoterapia. Concluyen que el tratamiento psiquiátrico debe ser ejercido por los psiquiatras, ya sea desde la psico-terapia o desde la medicación. No se hace alusión a la necesidad de un trabajo interdisciplinario en el tratamiento.

Vázquez, Salvador y Vázquez (2012) proponen una intervención psiquiátrica que dialogue con el contexto comunitario, a esto le llaman Psiquiatría comunitaria. Concluyen que si los cuidados de un paciente se distribuyen adecuadamente entre las personas de su comunidad, los pacientes tendrían mayores posibilidades de control de sus síntomas. Muestran que es una falencia concentrar el tratamiento en los hospitales psiquiátricos, aunque deja ver que a esta idea le subyace un interés de disminución de costos para tales hospitales; los autores introducen la idea de “co-rresponsabilidad” con el paciente en la comunidad.

Otros estudios como el de Hogarty y Flesher (1999), Navarro y Carrasco (2007), Soler et al. (2001), Sánchez (2003), Castellanos y Trevisi (2005), Farriols et al. (2006), Ruiz et al. (2010) y Amor (2010) exponen que es posible alternar procedimientos farmacológicos con sesiones de terapia de grupo para facilitar los cambios esperados en un paciente.

Finalmente, hasta el momento no se hallaron investigaciones que resalten la importancia de la familia, el trabajo interdisciplinario en tratamientos psiquiátricos combinado con sesiones de psicoterapia grupal. Tampoco se encontraron estudios que se ocuparan del análisis de la comunicación familiar en relación a intervenciones grupales con pacientes en una clínica psiquiátrica.

El objetivo de este artículo es interpretar la comunicación de familias de pacientes vinculados a intervenciones grupales en una clínica psiquiátrica de Medellín (Colombia) y hace parte del proyecto “Aspectos psicológicos y familiares generados en pacientes hospitalizados y sus familias a partir de intervenciones grupales realizadas en la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón”.

MÉTODO

El estudio tuvo un diseño cualitativo y se desarrolló a partir de las propiedades vinculadas a la dimensión de comunicación en familias de pacientes de una clínica psiquiátrica. Este estilo de investigación se mantiene en la tradición hermenéutica que siguiendo a Galeano (2004) da prioridad a los relatos de los participantes para captar las interpretaciones que ellos hacen de sus propias realidades. Este método procura mostrar el tratamiento de la información desde la generación, registro, organización, análisis e interpretación de la misma; además, procura seguir la recomendación que hacen Suárez, Del Moral y González (2013) cuando dicen que la investigación cualitativa implica “acercarse a una realidad social para conocerla mejor sin que el bagaje teórico impida ver, oír y sentir lo que las personas pretenden responder a la pregunta de investigación” (p. 78).

Participantes

En total se seleccionaron sesenta pacientes pertenecientes a la Clínica Psiquiátrica en Medellín. Para efectos de la investigación participaron 44 pacientes, las familias de estos y 8 personas del equipo que lleva a cabo las intervenciones interdisciplinarias. Los pacientes tenían diagnóstico de enfermedad mental y asistían a las reuniones de intervención grupal en la clínica; esto último operó como requisito para que los pacientes participaran en la investigación.

La intervención grupal desde la cual se generó la información para este estudio tuvo estas particularidades: los grupos fueron orientados desde la perspectiva de la psico-educación para generar apoyo emocional y deliberación de las situaciones relacionadas con la enfermedad mental de los

pacientes y su relación con los vínculos familiares. Los investigadores no coordinaban las reuniones para la intervención, esta tarea la ejecutaba el equipo interdisciplinario de la clínica. Los investigadores observaban el desarrollo de las reuniones y una vez terminadas invitaban a los asistentes o a sus familias a participar de este estudio.

El diagnóstico de los pacientes no fue tenido en cuenta para llevar a cabo un procedimiento metodológico; esto porque no era el propósito de la investigación evidenciar las reacciones de los pacientes según su diagnóstico y por respeto a la forma de proceder de la clínica, la cual no hace las intervenciones grupales distinguiendo según la patología diagnosticada. Los criterios de participación en la clínica para el trabajo de grupos son: disposición del paciente para estar en las reuniones y tener un período de estabilidad emocional y motor que le facilite hacer parte de las actividades grupales. Respecto a las familias se convocaron aquellas que asistían a los trabajos grupales donde se les recomendaban algunas formas de acompañamiento para los pacientes; no se tuvo en cuenta el diagnóstico de los pacientes para seleccionar a las familias participantes en este estudio.

Logrados los criterios de selección con los pacientes y sus familias se pasó a establecer contacto con ellos. Esto se hizo efectivo por intermedio del apoyo del equipo interdisciplinario de la clínica. Posteriormente, se discutió el consentimiento informado con los pacientes y las familias participantes de la investigación. Es importante mencionar que este consentimiento informado tuvo la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Católica Luis Amigó.

La edad de los pacientes oscilaba entre los 18 y los 50 años, 25 eran mujeres y 19 hombres; el

tiempo de hospitalización fluctuaba entre una y tres semanas. Los ocho participantes del equipo interdisciplinario de la clínica, seleccionados por conveniencia entre sus demás compañeros, tenían entre 21 y 40 años de edad; ellos tienen las siguientes profesiones: tres psicólogas, una enfermera, un psiquiatra y tres psicólogos.

Instrumentos

El objeto de esta investigación coincide con la estrategia de estudio de caso en su tipología intrínseca. Galeano (2004) plantea que esta forma de proceder en un estudio facilita una mayor comprensión de un caso singular develando su historicidad, y aunque no permite generar teorías nuevas sí posibilita la descripción de la forma de interpretar las vivencias de los participantes.

La generación de información se recabó a partir de la entrevista y el grupo focal, para lo cual se siguieron las orientaciones ofrecidas por Bonilla-Castro y Rodríguez (2000) en lo referido a estas dos técnicas. El diálogo sobre un tema en particular es lo sostenido por la primera herramienta. Revelar las características de lo que piensan y emocionan los participantes sobre comunicación se constituyó en el centro de este estudio. Estas conversaciones se realizaron con una duración de 40 a 60 minutos. Con los pacientes se lograron 12 entrevistas, otras 12 con los miembros de las familias y con los integrantes del equipo interdisciplinario 3; todo esto sumó un total de 27 entrevistas.

Con el grupo focal como segunda técnica, se insistió en la reflexión con los participantes en los temas dialogados en las entrevistas, pero enfocando la deliberación en asuntos que coincidían en las entrevistas, tales como la forma de ejercer la comunicación en la familia

cuando uno de sus integrantes tiene un diagnóstico de enfermedad mental. Lo interesante de esta forma de proceder es que los asistentes lograron el nivel de confianza necesario para exponer sus relatos e interpretaciones sobre la vida familiar. En total se llevaron a cabo cinco grupos focales, así: dos con pacientes, dos con familias y uno con algunos profesionales del equipo interdisciplinario. Los temas tratados en la aplicación de estas dos técnicas fueron “Dinámica familiar: comunicación, autoridad, normas, límites, afectividad, roles y uso del tiempo libre” y “Aspectos familiares”.

Los aspectos retomados de la tradición hermenéutica se basan en la noción de “experiencia hermenéutica” de Gadamer (2005). Particularmente fue asumida la relevancia de la construcción de sentido por medio del diálogo. Conversar desde esta tradición quiere decir ingresar en la necesidad de ponerse de acuerdo en la “cosa” a través del uso del lenguaje. Aquí “cosa” quiere decir el objeto del diálogo a partir de lo cual se genera la conversación y se elaboran los relatos referidos a las vivencias relacionadas con la vida familiar cuando se interactúa con un integrante que ha sido diagnosticado con una enfermedad mental. Este estilo de hacer la investigación resalta la importancia de generar ambientes en los cuales los participantes se sientan sujetos capaces de interpretar sus experiencias y deliberar; todo esto para hallar alternativas de afrontamiento frente a las dificultades que implican las diversas enfermedades mentales.

Procedimiento

Este estudio fue realizado en Medellín (Colombia) en el contexto de una Clínica Psiquiátrica y tuvo la aprobación de las directivas de tal institución. Se comenzó con la realización de

observaciones de los trabajos grupales donde el equipo interdisciplinario llevaba a cabo las intervenciones con pacientes y sus familiares. Luego de esto se procedió a invitar a los pacientes, familiares y profesionales interesados en participar en la investigación. A quienes manifestaron deseo de hacer parte del estudio se les dio a conocer el consentimiento informado para dejar claras las características de la investigación y la forma de participación en la misma. Una vez acordadas las condiciones del proceso se llevaron a cabo las entrevistas y los grupos focales con sus respectivas grabaciones digitales.

Análisis de la información

Se usó el análisis de contenido como técnica y clasificación de la información, siguiendo las recomendaciones ofrecidas por Ruiz (2004). Lo relevante de este procedimiento es comprender que el lenguaje narrado puede ser objeto de organización de sentido y de este modo determinar en él las formas de expresión de la interpretación sobre vivencias familiares cuando un integrante de la familia tiene un diagnóstico de enfermedad mental. A través de esta técnica se estudiaron las narraciones y la relación que existía con los objetivos de este estudio.

Combinado con el “Análisis de contenido” se usó el software Atlas-Ti versión VI. Este apoyo tecnológico permitió la construcción de los datos cualitativos a partir de procesos de codificación, los cuales se hacían tangibles en familias de sistemas categoriales, tablas y matrices que ofrecieron una útil posibilidad de observación de los tópicos narrados por los participantes y posteriormente para establecer relaciones entre ellos. Como lo explica Coffey y Atkinson (2003), el análisis es una codificación basada en la selección de fragmentos de los relatos ofrecidos

por los participantes, los cuales contienen un alto nivel de significado y repetición, que por ello permiten formar categorías, sub-categorías y propiedades, para posteriormente ser entrelazadas. La interpretación implica un paso más avanzado que la clasificación que se hace en el análisis; aquí se construye el dato cualitativo en el momento en que se vinculan las sub-categorías entre sí a partir de la categoría central.

Esta metodología inicialmente es descriptiva y sistemática, y posteriormente enfatiza en los patrones que se transforman en los datos cualitativos, también conocidos como categorías. La categoría central de este artículo fue: “Comunicación en familias de pacientes vinculados a una clínica psiquiátrica”.

RESULTADOS

La comunicación en el acompañamiento familiar a pacientes en la clínica psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón

En este apartado se presentan los principales hallazgos de la categoría referida a la comunicación familiar. Un primer aspecto a destacar es La paradoja comunicativa de la agresión y la culpabilidad. Inicialmente emerge una sentida imposibilidad de establecer relaciones de comunicación diferentes a la hostilidad. El recurso que resaltan los participantes es la descalificación para llamar la atención de los demás familiares. Sostienen que a mayor agresión verbal más acercamiento logran, aunque esta “proximidad” se sostenga en la negación del otro. Sin embargo, emerge una contradicción, pues una vez usado el ataque y obtenida la atención del agredido la actitud pasa a estar mediada por la culpa y la restitución de gestos afectivos. A esto se le ha dado el nombre de paradoja comunicativa. Dice la Mujer 1:

En mi casa somos muy gritones, mi mamá es muy gritona entonces yo, por ejemplo yo también soy así. Como que gritamos al otro y ya, pero de eso que nos quedamos bravos como varios días, no, nunca, yo no. Bueno, de pronto a veces con mi papá si me he quedado sin hablarle porque me trata muy feo; también mi hermano una vez también se quedó un tiempo sin hablarme, ellos discutieron muy maluco; pero conmigo a los días, como yo trabajaba por allá en una vereda en Santa Rosa, le dio remordimiento y me llamó y me dijo dizque “cómo estás”; le dio nostalgia que yo estuviera tan lejos. Yo peleo con mi mamá y al momentico estoy pidiéndole perdón, que me hable, yo no soy capaz de estar brava. Nosotros nos gritamos y discutimos, pero al momento estamos diciéndonos cosas bonitas y hasta dándonos cosas.

Las paradojas comunicativas generan confusiones en las familias porque se ven enfrentadas a una forma de comunicación no lineal. Por lo que el movimiento comunicativo se torna serpentino, dinámico y poco controlable. Esto les implica disponerse para aprender a crear alternativas de comunicación diferentes a la manera lineal que sostiene la idea de emitir un mensaje con la certeza de que el otro lo recibirá sin tergiversarlo. Dice la Mujer 2:

Estamos más horizontales para hablar y estamos aprendiendo a escucharla a ella; estamos aprendiendo a ganarnos su confianza porque ella le comunica las cosas a otras personas y no a nosotros ¿por qué? porque no teníamos la confianza de ella; entonces ya en estos momentos aprendimos que debemos ganarnos la confianza y saber cuáles son las cosas que a ella la pueden mantener estable y bien, que ella se comunique, por eso no la juzgamos tanto; mejor la escuchamos porque ella sufre mucho cuando está inestable. Si usted supiera lo importante que es tratar de comprenderla y no juzgarla.

También por parte de los familiares se expresa la necesidad de implementar mecanismos de comunicación que ayuden a afrontar la enfermedad mental de su familiar. Ya no se trata de la vergüenza de tener un integrante de la familia con síntomas de “locura”, sino de tratarlo con dignidad incluyéndolo en los círculos de comunicación familiar con afecto y apoyo. En este sentido dice la Mujer 4 “la comunicación ha sido como más concertada, como más asertiva, cambiar la forma de comunicarnos nos ha ayudado mucho”.

Respecto a cómo se usa la comunicación para ocultar secretos que pueden exacerbar los síntomas del paciente, las familias crean las condiciones para mimetizar las historias de dolor. Pese a estar participando en un programa de tratamiento, algunos optan por no hablar sobre temas conflictivos que los expongan a situaciones que no sabrían cómo manejar, entonces usan una comunicación basada en paradojas, como en el caso de la Mujer 3:

Yo nunca amanecía allá por más que ella me dijera. Me decía “venga para la casa, aquí descansa ¿usted no tiene casa pues? Esta es su casa”. Y yo le decía que no. Ese día ella me preguntó, “¿qué le pasó?”, y yo venía de una cosa dura ese día, pero ella me sirvió la comida y me preguntó “¿por qué quieres quedarte hoy?”. Y yo con ese miedo de tenerle que decir, entonces yo le cambié el tema porque yo sabía que si le contaba ella se ponía más depresiva. Le dije que era muy bueno estar en la casa y fingí estar feliz. El dolor se lleva por dentro.

En un segundo aspecto, *Otras alternativas de comunicación*, aparece la actitud de conciliación frente a los conflictos, esto como efecto del tratamiento en la clínica psiquiátrica. Es decir, hay posiciones diversas a la hora de enfrentar los síntomas de los pacientes en la familia.

Esta heterogeneidad está influenciada por la expectativa de superar los problemas pasados generados por la enfermedad del paciente. Este es por ejemplo el caso del Hombre 1:

Queremos evitar problemas y choques, porque chocábamos mucho y nos volvimos muy agresivos todos. Ella se ponía agresiva y me insultaba. Ella me contestaba feo y yo le contestaba feo; ya no, es que yo no entendía lo que le pasaba a ella y simplemente decía “es que ella está loca”. Ya somos muy equitativos, pero yo fui el primero que tuve que cambiar y eso lo entendí aquí con los profesionales de la clínica, “es que la familia también está en tratamiento” me dijeron una vez y eso a mí me dolió mucho; entonces cuando yo la veo demasiado acelerada yo me quedo callado y le digo “ahora vuelvo mejor y hablamos después”.

En coherencia con esto dice la Mujer 6:

Ahora yo la escucho mucho, mi hija me dice ‘mami es que usted no me escuchaba’. Yo creía que era ella la que tenía que hacer tratamiento y la verdad sin el apoyo de la familia esto no va para ninguna parte, no tendría pies ni cabeza estar aquí. Yo me pongo a pensar, a ella le daban los medicamentos y se calmaba, pero ¿después qué? Si nosotros que somos la familia no colaboramos ¿las pastillas solas para qué? Eso solo no sirve para tenerla medio dormida un rato.

En este sentido dice la Mujer 9 refiriéndose a su hijo en tratamiento:

Entonces nos tratamos de entender, nos confrontamos los dos, pero yo me doy cuenta que debo dar el primer paso; yo digo hay que hacerlo por él, yo ya empiezo a hablar con él, ya le entiendo más, dialogo mucho con él, le explico las cosas, le insisto hasta que él va cediendo.

Respecto al grupo familiar las alternativas comunicativas van cambiando en la medida en que avanza el proceso en la clínica. No se trata

de reacciones homogéneas en todas las familias, pero sí aparece el rasgo común de querer participar de forma colaborativa. Los relatos sobre las vivencias se refieren a la creación de posibilidades que mejoren la relación entre los integrantes de la familia para apoyar al paciente. No solo sus expectativas crecen con cada intervención que reciben del equipo profesional, sino que poco a poco se van sintiendo parte de este equipo. Dice una de las pacientes identificada como la Mujer 11.

En cuanto al entorno familiar yo digo que también se ha visto mucho la constancia. Yo tenía mucho tiempo sin hablarle a ciertas personas de la familia y después de que entré a la clínica, de que empecé aquí, yo veo que al menos están más atentos, más comunicativos; entonces yo digo que esa, esa es la familia que yo siempre había querido.

Así, frente a sus familiares, los pacientes tienen la esperanza de ser incluidos en las narraciones de familia, en las vivencias referidas a la proximidad a pesar de las ambigüedades propias de las enfermedades que padecen. Parece que ser narrado por otros facilita la elaboración de un lugar al cual pertenecer; los relatos familiares son una forma de sentir que se tiene filiación y se hace parte de un entramado de vínculos singularmente densos como son los lazos familiares.

Un tercer aspecto son *Los tiempos narrativos referidos a la enfermedad mental*. La construcción de relatos sobre episodios de la enfermedad hace cambiar el lugar de la interpretación de la relación familiar. Al paciente expresar experiencias mentales diferentes a las de sus familiares, estos últimos quedan presos de la sorpresa y desean tener mecanismos para comprender el sufrimiento de sus seres queridos. Un primer momento es el del desconcierto y el segundo

momento el de la co-construcción de relatos sobre lo vivido. Dice la Mujer 12:

Cuando ella se cortó, la vez que se cortó la cara a mí me dio una crisis de pánico. Yo apenas hacía como dos meses había dejado la medicación, entonces en ese tiempo yo no la tomaba y yo estaba completamente aliviada; entonces me dio una crisis horrible. Yo duermo con Sofía en la misma pieza y ella empezó a llorar como en una pesadilla, entonces yo pensé que era una pesadilla y yo le dije “Sofía, Sofía tranquilícese”, yo prendí la luz y yo la vi con la cara llena de sangre; ella dijo “es que mi mamá me iba a llevar”. Entonces yo pensé de todo menos que ella se había cortado, pues como eran cortaditas así chiquitas yo dije “¡ay no! la cogieron y la arañaron en la cara”. A mí me dio una crisis de pánico y me tuvieron que llevar para urgencias, me llevaron más fácil a mí que a ella porque ella se tranquilizó, yo creo que de tanto verme así de mal, porque yo estaba súper mal; porque yo soy muy miedosa y ella no decía “no, yo me corté”, ella seguía guardándose eso, cuando ya fue al otro día que ella me vino a decir: “yo me corté”, ya cuando me habían llevado a urgencias, ya cuando me habían puesto drogas.

En el segundo momento la narración cambia y dice la misma participante:

Yo entendí después de traerla a ella aquí a la clínica que en la casa todos estábamos mal. Todos teníamos que ver con esto tan horrible. No vamos a superar estas situaciones sino estamos unidos y aceptamos que esto es de todos, que aquí nadie se salva. Tratamos de entender juntos, como nos lo recomienda el psiquiatra, las psicólogas y la terapeuta de familia. Sofía aparentemente me lo cuenta todo a mí y yo a mi esposo y los dos a la mamá de Sofía; tratamos de tener más confianza porque esto es muy duro.

Junto al haber pasado por experiencias de desconcierto y temor por los síntomas de la enfermedad, los familiares muestran sentimientos de

comprensión y justifican el apoyo a los pacientes a través de relatos de acogida. Dice la Mujer 8 “¿Por qué me motivo a venir? Porque mi familiar se siente otra vez como acogida, después de ese impacto que da aceptar la enfermedad y saber que todos debemos ayudar, me parece que hacemos más acogiéndola y dándole cariño que rechazándola y avergonzándonos de ella”. Claramente se nota un paso de un momento de confusión a otro de la construcción de una interpretación a través del relato.

DISCUSIÓN

Este artículo tuvo el objetivo de interpretar la comunicación de familias de pacientes vinculados a intervenciones grupales en una Clínica Psiquiátrica de Medellín (Colombia.) La categoría central de este artículo estuvo referida a la comunicación en el acompañamiento familiar a pacientes en la clínica psiquiátrica “Nuestra Señora del Sagrado Corazón”. El acto de cuidar es una determinación de cada familia que solicita ayuda en la clínica y es interpretado por ellas mismas como una tarea que consiste en crear mecanismos de afrontamiento respecto a la enfermedad mental. La aceptación de esta última es el primer momento de un proceso difícil que implica constancia a pesar de la impotencia experimentada.

Dada la importancia de la intervención con familias, es fundamental mencionar a Henggeler (2012), quien sostiene que el trabajo terapéutico con las familias debe ser aplicado de forma multisistémica y, aunque no menciona los tratamientos psiquiátricos, esta recomendación puede ser aplicada a tales métodos. Este autor señala que cualquier proceso que implique transformación terapéutica debe incluir a las familias, a los pares de los pacientes, al contexto educativo que

influye en la familia y a la comunidad en la que está inmersa.

Los tres códigos de esta categoría fueron “La paradoja comunicativa” “Otras alternativas de comunicación” y “Los tiempos narrativos referidos a la enfermedad mental”. Sobre estos se configuró la siguiente conclusión: La comunicación como parte de la dinámica familiar es relevante para acompañar los procesos de intervención con familias que tienen un paciente en tratamiento en una clínica psiquiátrica. Sin la familia no es posible el logro de los propósitos del tratamiento porque es a ella a donde regresa el paciente y por ende ella también debe transformarse sistémicamente.

Abordar esta investigación desde la perspectiva de la comunicación implica como lo plantea Pearce (1994) aceptar que los seres humanos nos comprendemos mutuamente por medio de la comunicación. Es decir, si se piensa que al paciente psiquiátrico hay que excluirlo por ser una persona “anormal” se construirá una realidad por medio de la comunicación para hacer parecer a este paciente como “anormal” y posteriormente excluirlo.

A través de la comunicación, las familias de los pacientes crean y reproducen las situaciones que viven en su dinámica familiar y posteriormente estas situaciones se reflejan en la sociedad. La comunicación familiar es una construcción social sobre sucesos y se basa en formas de ver el mundo. A la comunicación familiar le subyace una mentalidad. Por eso puede afirmarse que la enfermedad mental tiene influencias biológicas y a la vez es una construcción socio-familiar e intersubjetiva y por tanto puede tratarse del mismo modo; es decir, como una elaboración discursiva y biológica que implica procesos

terapéuticos basados en la ingesta de fármacos cuando esto sea necesario, pero no exclusivamente en ellos, sino también en el uso de las conversaciones que buscan interpretar los síntomas familiares y la creación de alternativas de solución. Como dicen Pearce y Pearce (2000) “la comunicación es la esencia de las relaciones sociales. Si atendemos a la etimología del término, significa ‘hacer común’... la comunicación es el proceso social fundamental mediante el cual creamos y reproducimos los sucesos y objetos de nuestro mundo social” (p. 184).

Una de las claves del proceso de intervención con familias que tienen integrantes de diagnóstico psiquiátrico es facilitar las condiciones para que puedan distinguir y articular los distintos elementos que configuran la compleja situación que viven a través del desarrollo de una mente dispuesta a narrar y co-construir la realidad con los diferentes miembros de la familia. De este modo esta perspectiva basada en el constructivismo social evitará concentrarse en las acciones propias o las de los demás y pasará de una explicación lineal del síntoma a una comprensión sistémica, circular y relacional del mismo.

La comunicación como base de la comprensión del funcionamiento familiar contiene relevancia en la intervención familiar si y solo si se tienen como eje central los hechos vividos y las historias contadas a partir de ellos. Pearce (2009) es un apologeta de esta idea; solo en la diversidad de alternativas de narración se puede ver la potencia y la capacidad de transformación familiar que ofrece la comunicación. Pearce (2009) divide en varias partes este modelo llamado por él “LUUUUITT” (por sus siglas en inglés), así: Referentes vividos, Referentes conocidos, Referentes no contados, Referentes no escuchados, Referentes inenarrables, Referente contado y

Contar referentes. Todo esto para dar cuenta de las múltiples posibilidades que ofrece el patrón de las conversaciones coordinadas y el uso de la comunicación en los procesos de intervención familiar desde el pensamiento sistémico.

La comunicación familiar no se da de una sola manera sino de diversas formas y para cada sujeto tiene un sentido particular. Como lo sugiere Pearce (1994) las formas de la comunicación se asemejan más a un movimiento serpentino que a uno bípodo. Con esto es claro que cada situación que viven los familiares con un paciente psiquiátrico ha de interpretarse según el contexto, la cultura y la cosmovisión de cada integrante de la familia. Se trata de lo que Pearce (1994) llama la fuerza contextual y la fuerza implicativa. La primera referida a las características singulares que se dinamizan en cada lugar; la segunda resalta la manera cómo cada acción afecta a los contextos en los que se ejecuta.

En coherencia con lo anterior, dice Pearce (2009), sobre la neurobiología interpersonal, que las realidades se construyen con otros y de múltiples formas “esto significa que pensamos acerca de la ‘misma cosa’ de diferentes maneras... Desarrollos más recientes en neurobiología nos ayudan a explicar cómo difieren y cambian las mentes en función de la experiencia social” (p. 62).

La significación tiene un papel central en el proceso de comunicación. No es la exigencia de una correspondencia entre comportamientos y signos lo relevante, sino el sentido que cada integrante de la familia le da a la interacción que construye alrededor de las vivencias sintomáticas que se generan alrededor del comportamiento del paciente. Es importante resaltar que cada síntoma del paciente involucra a la familia como sistema;

los síntomas son construcciones intersubjetivas, es decir, todos tienen responsabilidades en la situación del paciente, dice Pearce (1994) “todo acto que realizamos es co-construido” (p. 276). En este sentido una intervención familiar creada en la Clínica Psiquiátrica ha de estar dirigida al discernimiento familiar de tales síntomas y a tratar de descifrar con la familia las formas de participación de cada uno y cómo es la composición interna del proceso comunicativo. Esto es relevante porque cada grupo familiar construye su realidad a través de conversaciones con sus propios términos, relatos y prácticas morales; es decir, parafraseando a Pearce (2009) las familias viven en diversas argumentaciones de forma simultánea y por tanto tienen múltiples alternativas de co-crear sus propias realidades. La hipótesis de Pearce (2009) es que “los patrones enriquecidos de la comunicación harán que existan los estados de la mente preferidos” (p. 61) para el cambio socio-familiar a través de la integración de diversos relatos que hagan coherente la vida familiar y “estar más alerta a la contingencia interactiva de las secuencias coordinadas de acciones” (p. 62).

Una idea que Pearce (1994) ha dejado como un legado para la intervención con familias es que a través del lenguaje se construye la realidad. Esto es importante porque se quiebra el determinismo desde donde se clasifican a las personas con diagnósticos de enfermedad mental. Por tanto, si se crean lenguajes incluyentes y deliberativos entonces se construyen realidades distintas donde el paciente es tenido en cuenta tanto desde su familia como desde la comunidad a la que pertenece; en este sentido, dice Pearce (1994) “la función primaria del lenguaje es la construcción de mundos humanos... La comunicación se torna así [en] un proceso constructivo, no [en] un mero carril conductor de mensajes o

de ideas, ni tampoco una señal indicadora del mundo externo” (p. 271).

El aporte de este artículo a la literatura existente se enfoca en la carencia de evidencia científica sobre la importancia de la familia en tratamientos psiquiátricos. Como se señaló en la introducción de este artículo solo Vázquez, Salvador y Vázquez (2012) exponen la relevancia de la intervención psiquiátrica en contextos comunitarios, pero no nombra a la familia del paciente.

Las limitaciones de este artículo están en no haber develado un diálogo con otras dimensiones de la dinámica interna que emergieron en este estudio, como lo son autoridad, normas, roles, límites, afectividad y uso del tiempo libre. En este sentido, los hallazgos de este estudio podrían motivar otros estudios que contribuyan a mejorar los procesos de intervención con pacientes y sus familias en sus propios contextos comunitarios.

REFERENCIAS

- Amor, A. (2010). Programa de tratamiento psicoterapéutico en un grupo de pacientes adultos con un trastorno del espectro autista de alto funcionamiento. *Actas Española de Psiquiatría* 2010, 38(2), 94-100.
- Braga, R. y Petrides, G. (2007). Terapias somáticas para trastornos psiquiátricos resistentes al tratamiento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 77-84. Brasil.
- Castellanos, S., Trevisi, C. (2005, julio-septiembre). La franja t: Una alternativa de intervención grupal desde la teoría de los fenómenos transicionales. *Univ. Psychol*, 4(2), 245-250. Bogotá.
- Coffey, A. y Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Bonilla-Castro, E. y Rodríguez, P. (2000). *Más allá del dilema de los métodos*. Bogotá: Norma.
- Farriols, N., Palma, C., Ramos, M., Fernández, M., Chamorro, A., Polo, Y. y Botella, L. (2006). Efectividad de un programa de intervención psicosocial en pacientes psicóticos crónicos. *Clínica y Salud*, 17(2), 171-185. ISSN: 1135-0806.
- Gadamer, H. (2005). El lenguaje como medio de la experiencia hermenéutica. En: H. Gadamer, *Verdad y método vol. I* (pp. 461-486), Salamanca, España: Sígueme.
- Galeano, E. (2004). El estudio de casos: Un interés por la singularidad. En: E. Galeano, *Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada* (pp. 63-82). Medellín: Carreta.
- Henggeler, S. (2012). Multisystemic therapy: Clinical foundations and research outcomes. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 181-193.
- Hogarty, G. E. y Flesher, S. (1999). Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(4), 677-692.
- Lolas, F. (2009). The axiological dimension in psychiatric diagnosis. *Revista Acta Bioethica*, 15(2), 148-150. Chile.
- López, L. y Herrera, G. (2014). Epistemología de la ciencia de familia-estudios de familia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), p. 65-76.
- Nardone, G., Giannotti, E. y Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia*. Barcelona: Editorial Herder.
- Navarro, D. y Carrasco, O. (2007, noviembre). Evaluación de un programa de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental crónica en la comunidad. *Avances en Salud Mental Relacional*, 6(3).
- Pearce, B. (2009). Investigar Desde la mente adecuada. En: *La Investigación. Aproximaciones a la construcción del conocimiento científico* (pp. 53-65). Bogotá: Alfaomega.
- Pearce, B. (1994). Nuevos modelos y metáforas comunicacionales: El pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexividad. En: D. Schnitman (Comp.), *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad* (pp. 264-281). Buenos Aires: Paidós.
- Pino, J. (2012). Características sobre la tipología y la conformación de las familias de los estratos cero, uno, dos y tres del barrio Belén Rincón de Medellín. En: *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4 (enero-julio), 1-17. ISSN 2216-1201.
- Ríos, A. (2008). Locura y encierro psiquiátrico en México: El caso del manicomio La Castañeda, 1910. *Revista Antípoda*, 6, 73-90. México.
- Ruiz, A. (2004). Texto, testimonio y metatexto. El análisis de contenido en la investigación en educación. En: A. Jiménez y A. Torres, *La práctica investigativa en Ciencias Sociales* (pp. 45-61), Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.
- Ruiz, E., González, M., Trojaola, B., De la Sierra, E., Eguiluz, J., Guimon, J., Ayerra, J., Martínez, O., Galletero, J. y Mugica, A. (2010). Seguimiento grupal de pacientes psicóticos en la red pública de salud mental de la comunidad autónoma Vasca Informe de evaluación Gobierno Vasco. Recuperado de https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2009_osteoba_publicacion/es_def/adjuntos/D_09_06.%20Seguimiento%20grupal.pdf
- Sánchez, M. (2003). Eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en pacientes con trastornos de ansiedad. *Clínica y Salud*, 14(2), 183-201.
- Soler, J., Campins, M. J., Pérez, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, F. y Alvarez, E. (2001) Olanzapina. Terapia grupal cognitivo-conductual en trastorno límite de la personalidad. *Actas Esp Psiquiatr*, 29(2), 85-90.
- Suárez, C., Del Moral, G. y González, T. (2013). Consejos prácticos para escribir un artículo cualitativo publicable en Psicología. *Revista Psychosocial Intervention*, 22, 71-79.

- Vázquez, J. Salvador-Carulla, L. y Vázquez, J. (2012). Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Revista Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(6), 323-332. España.
- Watzlawick, P., Helmick, J. y Jackson, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Weisberg, R., Dyck, I., Culpepper, L. y Keller, M. (2007). Tratamiento psiquiátrico en pacientes de atención primaria con trastornos de ansiedad: Comparación de la asistencia recibida de profesionales de atención primaria y de psiquiatras. *The American Journal of Psychiatry*, 10, 298-304. Estados Unidos.
- Zúñiga, A., Navarro, J., Lago, P., Olivas, F., Muray, E. y Crespo, M. (2013). Evaluación de necesidades en pacientes psiquiátricos graves. Un estudio comunitario. *Revista Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(2), 115-121.