

LA AFECTIVIDAD EN EXPRESIONES DE ACOGIDA Y HOSPITALIDAD EN FAMILIAS VINCULADAS A UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE MEDELLÍN¹

AFFECTIVITY IN EXPRESSIONS OF WELCOME AND HOSPITALITY IN FAMILIES WITH BIND IN A PSYCHIATRIC CLINIC OF MEDELLIN

Ángela María Mejía Zuluaga*, Edison Francisco Viveros Chavarría**

Fundación Universitaria Luis Amigó, Colombia

Recibido: Agosto 3 de 2012 - Aceptado: Diciembre 3 de 2012

Forma de citar este artículo en APA:

Mejía Zuluaga, Á. M. y Viveros Chavarría, E. F. (enero-junio, 2013). La afectividad en expresiones de acogida y hospitalidad en familias vinculadas a una clínica psiquiátrica de Medellín. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 42-59.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo interpretar la afectividad que expresan pacientes hospitalizados por enfermedad mental y sus familias, durante la internalización en una clínica psiquiátrica de Medellín. Se utilizó un enfoque cualitativo, la estrategia fue el estudio de caso intrínseco, las técnicas de generación de información fueron la entrevista y el grupo focal; la técnica de análisis de la información fue el análisis de contenido con ayuda tecnológica del software Atlas Ti V6. Los participantes fueron algunos pacientes, sus familiares y profesionales del equipo interdisciplinario de la Clínica. Los resultados revelan la importancia de la afectividad, como expresiones de acogida y hospitalidad, en el tratamiento. Además, las dificultades que produce la relación de aridez afectiva como expresión de maltrato, rechazo y distanciamiento, como formas opuestas a la acogida y a la hospitalidad.

Palabras clave:

Acogida; Afectividad; Hospitalidad; Familias; Pacientes psiquiátricos.

Abstract

This article aims to interpret the expressed emotions in hospitalized patients diagnosed with mental illness and their families, during the internalization within a psychiatric clinic of Medellín. In this research was used a qualitative approach, the strategy was the intrinsic case study, the information generation techniques were the interview and surveys, the technique of data analysis was the content analysis with help of the software Atlas Ti V6. The sample of this research was some patients, their families and an institutional interdisciplinary team of professionals. The results reveal the importance of the affective, as expressions of welcome in the treatment. Besides, the difficulties that generate the relationship of aridity affective as expression of maltreatment, aversion and distancing, as forms contraries to the welcome and hospitality.

Keywords:

Welcome; Emotions; Hospitality; Families; Psychiatric Patients.

¹ Este artículo es uno de los resultados del proyecto "Aspectos psicológicos y familiares generados en pacientes hospitalizados y sus familias a partir de intervenciones grupales realizadas en una clínica psiquiátrica de Medellín". El proyecto fue financiado por la Vicerrectoría de Investigaciones de la Fundación Universitaria Luis Amigó, co-financiado por una Clínica psiquiátrica de Medellín.

* Profesional en Desarrollo Familiar. El Salvador. angelamejiazuluaga@gmail.com

** Magister en Educación y Desarrollo Humano, Universidad de Manizales – CINDE. Docente Fundación Universitaria Luis Amigó. edison.viverosch@amigo.edu.co

Introducción

Los seres humanos, desde su gestación y a lo largo de toda la vida, experimentan intensamente las resonancias afectivas del ambiente, especialmente aquellas expresiones que provienen de las figuras parentales o sus sustitutas; éstas, a su vez, facilitan a la persona abrirse afectivamente hacia los demás y posteriormente a otros contextos socializadores; en este sentido, el afecto es una de las bases indispensables para el desarrollo de la persona, pues propicia seguridad y confianza. El afecto es una condición para generar intimidad, proximidad, admiración, respeto, reconocimiento de sí mismo, de los otros y del mundo que nos rodea.

En concordancia con lo anterior, explican Arias & Viveros (2006):

Las relaciones afectivas son aquellas que permiten a todo ser humano satisfacer en forma apropiada una de sus mayores necesidades: la de ser querido, apoyado, escuchado, tenido en cuenta, valorado por otros seres humanos con los cuales pueda generar una relación centrada en el reconocimiento (p. 32).

Todo ser humano es frágil y necesita de la recepción, el cuidado y el reconocimiento amoroso de otros para desarrollarse integralmente; no hay otro grupo humano que supere a la familia en el proceso de brindar esa protección. En relación con ello, dice Oliveros (2004):

Las emociones se actúan inicialmente en la familia, porque en principio este sería el medio más seguro para practicar la alegría, la rabia, la tristeza, el miedo, el amor etc., en la medida en que ella proporcione un ambiente protector e íntimo, basado en el afecto incondicional entre sus miembros. Cuando la familia no logra mantener ese clima, fracasa en su función de satisfacer las necesidades emocionales de sus miembros (p. 8).

En las relaciones que se tejen con los otros, inicialmente en ese primer entorno natural llamado familia, es donde los miembros que la forman aprenden y evolucionan en términos físicos, psicológicos y sociales.

De allí que las vivencias afectivas sean fundamentales y tengan efectos a lo largo de toda la vida, como lo expresa la siguiente frase de Rof, citado por Limón (2011): “ese ‘otro’, su afecto, en último término, la calidad de su amor o de su desamor, son quienes crean la base de nuestro destino” (p. 74).

El interés de este artículo se centra en interpretar las expresiones afectivas que se dan entre pacientes con diagnóstico de enfermedad mental y sus familias, en el momento de la hospitalización. La hospitalización genera cambios y crisis que condicionan las respuestas afectivas de los integrantes de las familias.

Se ha reconocido la afectividad como la forma de acoger y recibir al otro, brindar hospitalidad y acompañamiento. Ahora, es en la familia donde generalmente se da la mayor fuente de afectividad, de apoyo social y personal con que cuentan las personas en las diferentes etapas del ciclo

vital; más aún, en periodos de dependencia o fragilidad, como cuando se padece una enfermedad mental que requiere hospitalización.

Los procesos que tienen lugar en la familia, necesitan ser nombrados y analizados con detenimiento, ya que son sistémicos e interactivos, de modo que cualquier evento que afecte a uno de sus miembros repercute en todos los demás. La enfermedad mental de un integrante de la familia y su hospitalización comprometen el funcionamiento familiar y puede representar contrariedades y dificultades, especialmente en la manera en la que se adaptan a la situación.

Estudios como el de Terkelsen (1987) exponen 10 fases de adaptación que vive la familia del paciente hospitalizado por enfermedad mental en el momento de ser hospitalizado; el autor plantea dichas fases en el siguiente orden: ignorar lo que se avecina y lo que está sucediendo, primer shock de reconocimiento, estancamiento, contención de las implicancias de la enfermedad, transformación oficial en paciente, búsqueda de las causas, búsqueda del tratamiento, colapso de optimismo, renuncia al sueño y volver a empezar o poner en perspectiva la enfermedad.

El estudio de Terkelsen (1987) concluye que: “La familia no logra poner en un compartimento aislado, la enfermedad mental de su familiar” (p. 2); lo que genera desequilibrio y crisis en todos sus miembros.

Por tal razón, tanto la persona hospitalizada como la familia son vulnerables, sensibles y frágiles a ese momento de la hospitalización; comúnmente la situación está acompañada de sentimientos de tristeza, vergüenza, aislamiento, culpabilidad e incertidumbre; es allí cuando se hace visible el afecto entre los miembros de la familia, y se hace posible palpar su cercanía, su amor o, lo contrario, la distancia y el alejamiento.

Víllora (2011) recopila estudios que coinciden en la importancia de la vinculación familiar para la recuperación del paciente, como los planteados por Breier y Strauss, (1984) y Pernice (2010). Este último sostiene que: “El apoyo y la reciprocidad con miembros de la familia son dimensiones importantes de la red personal de apoyo y del proceso de recuperación” (p. 8).

Schön, Denhov y Topor, (2009) en un estudio realizado en Suecia, concluyen que la familia, en los procesos de acompañamiento de hospitalización de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, ha sido perjudicial en frecuentes casos y sólo cuando se pone de manifiesto la afectividad, emergen las situaciones más favorables y de mayor transformación positiva.

Ahora, la mayoría de los entrevistados se refirió a uno o más miembros de la familia como beneficiosos para su proceso, por sus manifestaciones de afectividad. Sin embargo, las narrativas de algunos participantes ilustran relaciones rotas o destructivas con otros miembros de la familia. Describen a sus

padres como la causa de sus problemas, o como perjudiciales en el proceso de recuperación, por ser una traba para el desarrollo del individuo hacia la autonomía y las relaciones recíprocas.

Lieberman y Kopelwicz (2004), concluyen que: “Los lazos familiares cordiales constituyen uno de los criterios de recuperación para los pacientes” (p. 8).

Si bien los estudios reconocen la importancia de la familia en los procesos de hospitalización, básicamente para la recuperación del paciente, en aspectos como el cuidado y tratamiento, ella también puede ser una traba u obstáculo, en algunas ocasiones.

Por otro lado, Saunders (2003) quien cita estudios como los de McCubbin y McCubbin, dice:

La adaptación de la familia y el funcionamiento son conceptos importantes que ayudan a comprender los esfuerzos de la familia para manejar las situaciones creadas por la enfermedad mental grave. Las medidas de funcionamiento de la familia y la adaptación de la familia a menudo se utilizan para evaluar el resultado de los esfuerzos de la familia para lograr el equilibrio, coherencia y armonía (p. 189).

El estudio concluye en la importancia de acercarse a la familia del paciente y ver la manera cómo afronta la situación ya que el funcionamiento familiar y el manejo de la situación inciden en el paciente.

Saunders (2003) alude a otros estudios como los de Antonovsky, (1987); Baranowski, Dworkin, Hooks, Nader, y Brown, (1986); Bernstein, Svingen, y Garfinkel, (1990); McCubbin y Patterson, (1983), Moos y Moos, (1984), Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen, y Wilson, (1983); Russell, (1980); Steinhauer, (1984). Todos ellos coinciden en la importancia de la adaptación familiar a la situación de enfermedad mental grave de uno de los integrantes y que ésta influye en la recuperación o recaída del paciente.

Lo anterior permite identificar que no existe una manera hegemónica y precisa de comprender lo que vive la familia en el tema de la afectividad, por eso se convierte en unidad de estudio y análisis. Surge el interrogante acerca de la afectividad que se expresa en pacientes y familiares durante la hospitalización, como un tema poco transitado y de importancia.

La hospitalización de un integrante de la familia genera desequilibrio en la estructura y la dinámica familiar, esto permite identificar dualidades en el acompañamiento afectivo de las familias vinculadas con la clínica psiquiátrica.

Se llega de ese modo a las dos categorías de resultados: “Acogida y hospitalidad: el sentido de la familia reunida”, y “Aridez afectiva en expresiones de maltrato, rechazo, y distanciamiento como formas opuestas a la acogida y a la hospitalidad”. Ambas categorías se exponen posteriormente en el apartado de los resultados.

Método

La investigación se realizó con un enfoque cualitativo y con las propiedades y dimensiones del fenómeno de la intervención grupal en una clínica psiquiátrica de Medellín. Este enfoque, siguiendo a Galeano (2004), procura centrarse en la subjetividad de los participantes y desde ellos mismos aplicar un proceso inductivo para llegar a los sentidos sobre una situación vivida por ellos en particular. Esto, con el propósito de elaborar comprensiones sobre el objeto de investigación sin el ánimo de atribuir teorías pre-concebidas.

Participantes

47 pacientes, sus familiares y el equipo interdisciplinario fueron los participantes de la investigación. El principal criterio de inclusión fue que los pacientes tuvieran algún diagnóstico de enfermedad mental y estuvieran en proceso de intervención grupal en la clínica; no se tuvo en cuenta el tipo de diagnóstico de enfermedad mental porque ese no era el objeto de investigación de este estudio, así que no se hizo ninguna clasificación metodológica derivada del diagnóstico. Para las familias el criterio fue que participaran de los procesos de intervención grupal dirigidos a ellos cuando acompañaban a sus familiares; con ellos no se hizo clasificación derivada del diagnóstico. Se identificó a los pacientes y a sus familias que se adecuaban a este criterio de inclusión, se estableció comunicación con ellos, con ayuda del equipo interdisciplinario de la clínica y, finalmente, se puso en consideración el consentimiento informado.

Para la investigación se trabajó con todos los pacientes que participaban de intervenciones grupales y sus familias, es decir, con 47 de ellos, quienes oscilaban entre 18 y 50 años, aproximadamente.

Instrumentos

La estrategia usada fue el estudio de caso intrínseco que, según Galeano, (2004) hace énfasis en la comprensión de un caso en particular sin pretensiones de hacer generalizaciones o la construcción de algún tipo de teorías. En esta investigación se usaron casos relacionados con la intervención grupal a pacientes con algún diagnóstico de enfermedad mental y sus familias, para contrastar sus relatos con interpretaciones teóricas referidas a la familia como hospitalidad y acogida, tomados de la tradición fenomenológica.

Como técnicas de generación de información se utilizaron la entrevista y el grupo focal. La entrevista, de acuerdo con Bonilla y Rodríguez (2000) se comprendió como un diálogo para conocer los detalles de lo que vivencian los participantes sobre el proceso de intervención grupal en la clínica psiquiátrica. El grupo focal, como lo plantean las mismas autoras, es una propuesta de conversación grupal concentrada en un tema para generar narraciones relacionadas con la intervención grupal que reciben en la clínica.

Procedimiento

La ejecución de la investigación fue en Medellín (Colombia) en una clínica psiquiátrica. Luego de haber realizado las transcripciones de las grabaciones correspondientes a las técnicas aplicadas se usó el Software Atlas. TI V6, para llevar a cabo el respectivo análisis por medio de códigos que se construyen con base en unidades de sentido para facilitar la interpretación teórica.

Para el análisis de información se utilizaron los procedimientos sugeridos por Coffey y Atkinson (2003) y Ruiz (2004). Los autores expresan que el análisis de discursos, en perspectiva cualitativa, no pretende la construcción teórica general, sino que parte de las particularidades que se detectan en los relatos de forma inductiva. En este sentido, se crearon categorías desde tales narraciones y se contrastaron teóricamente para establecer relaciones entre las unidades de sentido o categorías.

En el primer momento se realizaron tres tipos de lectura: una de familiarización, otra de clasificación de temas relevantes a través de códigos y otra de interpretación o establecimiento de relaciones entre los códigos.

En la primera lectura se identificaron los temas más recurrentes; en la segunda, por medio de frases o fragmentos de los relatos que tuvieran mayor sentido referidos a los temas expuestos por los participantes y que se pudieran agrupar. Todo ello, en relación con las categorías identificadas en las narraciones.

En un segundo momento se establecieron relaciones entre los códigos y sus características por medio de una matriz categorial, en la que se vincularon categorías y características de las mismas para entrecruzarlas. De allí emergieron dos categorías principales: “Acogida y hospitalidad: el sentido de ver la familia reunida” y “Aridez afectiva, expresada en maltrato, rechazo, y distanciamiento, como formas opuestas a la acogida y a la hospitalidad”. Estas dos categorías agrupan el tema principal de la investigación y facilitó la construcción de las respuestas para la comprensión del fenómeno.

Resultados y discusión

Acogida y hospitalidad: el sentido de la familia reunida

“si hay algo que lo... detiene a uno en la vida es ver la familia reunida”.

(Testimonio de entrevistado).

En esta primera categoría de resultados se agruparon e interpretaron varios testimonios de pacientes, sus familiares y unos relatos del personal vinculado con la clínica psiquiátrica. En ellos, aparece una relación afectiva positiva, visible en expresiones de cariño, ternura, caricias, abrazos y palabras de aliento; también se manifiesta el acompañamiento, el apoyo y la comprensión que da la familia al paciente. Allí, la familia se reúne para cuidar a su familiar hospitalizado y se le da un sentido especial a la hospitalización desde la acogida y la hospitalidad a través del vínculo afectivo que sienten entre sí.

Las expresiones de cariño se advierten con la presencia del otro, la calidez de sus palabras y gestos de ternura que brindan los familiares al paciente hospitalizado; así lo expresa una mujer hospitalizada cuando se refiere a su hijo, quien es cariñoso en su trato hacia ella: “Abrazándome y me da cariño. No, él es muy querido” (Testimonio de entrevistado). La madre expresa lo importante que es para ella su hijo y lo mucho que valora estas manifestaciones de amor que le brinda.

En ese mismo sentido, otro familiar explica que su familiar hospitalizada necesita del contacto “piel a piel” y que cuando está mal o en crisis en la clínica, parece urgirle la cercanía y la proximidad de los suyos, de su familia; así lo dice el testimonio: “Es muy zalamera, demasiado, los coge a picos, que los abraza, que los quiero, que los amo, y cuando está acá mal, se pone mal, ella lo abraza a uno” (Testimonio de entrevistado).

Estos gestos de ternura y cercanía de la familia parecen ofrecer a las pacientes alegría y motivación. A partir de estas manifestaciones amorosas se van disminuyendo sentimientos de abatimiento, aislamiento y tristeza que acompañan generalmente a los pacientes que padecen enfermedades mentales durante el tiempo de la hospitalización; así lo menciona el siguiente testimonio que narra uno de los enfermeros de la clínica: “Hay unos que llegan acá, sin saber que los trajeron o los traen obligados, pues, todo depende, si, pero realmente el común busca aquí es como un refugio, como una manera de protéjanme” (Testimonio de entrevistado).

El testimonio muestra que, en ocasiones, los pacientes llegan desorientados, pero es necesario el cuidado y la protección; ellos buscan proximidad y cercanía. Se hace presente la necesidad de vinculación y relación afectiva y la petición se hace, incluso, al personal que los atiende dentro de la clínica psiquiátrica.

En este sentido, el cuidado afectivo se convierte en una estrategia para hacerle frente al proceso mismo de hospitalización y enfermedad; lo anterior tiene efectos positivos en el paciente que cuenta con esta clase de cuidado. Así lo manifiesta uno de los profesionales entrevistados:

Porque empiezan a encontrar en el otro también la seguridad que ellos necesitan, empiezan a sentir que son escuchados por sus familias, su autoestima empieza a subir (Testimonio de entrevistado).

El testimonio deja ver la necesidad del paciente por el otro, sentirse escuchado y cuidado por él, especialmente de una familia que apoya y acoge. Esto tiene efectos positivos porque los motiva a seguir adelante con el proceso. Al respecto dice Goffman, citado por Laing (1982): “Nada más eficaz que otra persona para comunicar vida al mundo que lo rodea o para –con una mirada, un gesto o una observación– agostar la realidad que nos aloja” (p. 26).

La familia está llamada a acoger y a dar hospitalidad como otro necesario para sentirse vinculado en la vida cotidiana; detenerse implica ver de frente al otro, saber que su presencia es cercana y que se está dispuesto a ofrecer apoyo. Es a esto a lo que se llama acogida y hospitalidad.

El acompañamiento en ese momento es indispensable, pues la existencia no se lleva en solitario sino que se hace fundamental para toda persona saberse vinculada con otro; por eso, la pesadez de los problemas vividos por los pacientes psiquiátricos se aliviana con el apoyo de la familia. En coherencia con este criterio aparece el siguiente testimonio de un profesional que labora en la clínica psiquiátrica:

Cuando hay pacientes que tienen familias que los apoyan, que los entienden, que venga miremos qué es lo que está pasando, hablemos con el psiquiatra, ¿cómo más podemos continuar el proceso psicológico?, y todo eso, son pacientes que empiezan a tener una vida más funcional. (Testimonio de entrevistado).

Este testimonio deja ver la vinculación que tienen algunas familias con el proceso de hospitalización de su familiar y ello tiene efectos visibles en la recuperación del paciente. Acompañar es acoger y brindar hospitalidad; en otras palabras, es recepcionar al otro, hacerlo próximo, cercano. Hacerse responsable de él es un acto de donación y alteridad.

La vida no se lleva en solitario, necesita del encuentro y coincide con lo planteado por Polo, citado por Martínez (2011):

Es imposible que exista una persona sola, porque la soledad frustra la misma noción de persona (...) Si la persona es radical y está sola, se destruye su carácter dialógico. La persona, que es intimidad, lleva consigo comunicación (...) Una intimidad que fuera ella sola, en definitiva, se abriría a la nada. O la persona encuentra a otra, es con otra, o es una pura desgracia (...) La persona es un ser inter, no es un ser solo. La persona ha de saber quién es, pero no lo puede saber si no es con otra (p. 44).

La necesidad de relación es permanente a lo largo de la vida, pero parece más urgente cuando se está en una situación de fragilidad como es la hospitalización por enfermedad mental. Por tal razón, detenerse en el acontecer de la cotidianidad de la vida es mostrado por los participantes de esta investigación como un efecto de la expresión afectiva en la familia; esto puede notarse en el siguiente testimonio de un paciente después de realizar una actividad en el proceso de hospitalización: “uno se va pensando los dibujitos con lo que uno escribió... yo los llevo y se los muestro a mi madre” (Testimonio de entrevistado).

La paciente habla de unos dibujos realizados en la clínica psiquiátrica y expresa la necesidad de mostrárselos a su madre, le ilusiona el hecho de compartirlo, es por eso que sin el reconocimiento amoroso, afectivo y cariñoso de los otros que conforman la familia, los procesos acompañados en una clínica psiquiátrica se verían entorpecidos, limitados e infructuosos.

Aparece un hijo que, desde el lugar del acompañamiento y la comprensión, insiste a su madre que su enfermedad no es responsabilidad de ella: “Tranquila madre, usted no tiene la culpa, quién quiere enfermarse, quién se quiere enfermar, nadie. ¡Nadie se quiere enfermar!”. El hijo expone no sólo que comprende e interpreta la situación de la enfermedad de la madre, sino que, a su vez, le ofrece seguridad, confianza y apoyo por medio del mensaje, es decir, contribuye a aminorar sentimientos de culpa que pueda atribuirse la madre por el padecimiento de la enfermedad.

Es por eso que la familia que acompaña afectiva y activamente a su familiar hospitalizado, logra identificar sus procesos, lo que tiene efectos positivos en el tratamiento. “Por qué me motiva a venir, porque mi familiar se siente otra vez como acogida”. El estar ahí y acompañar permite enterarse de cómo va su familiar y reconoce los estados de ánimo y adelantos que va teniendo; esta cercanía y unión genera bienestar en los participantes del proceso de tratamiento.

Hernández y Sánchez (2008) manifiestan que:

Uno de los aspectos más relevantes que transversalizan todas las etapas del ciclo vital de las personas, es el vínculo afectivo; el cual tiene su expresión en la posibilidad de construir lazos o uniones de cariño, comprensión, tolerancia, aceptación, empatía, apoyo, comunicación que se dan principalmente entre las relaciones que establecen los padres con sus hijos y en su defecto los niños con sus cuidadores (p. 56).

Lo expuesto por las autoras se da en algunas familias de la clínica, cuando surge la construcción de lazos de cariño desde el apoyo ofrecido al paciente; manifiestan su interés por la pronta recuperación del mismo y por lo que pueda suceder en el futuro con él. Así lo expresa el siguiente testimonio de una madre cuando alude a los cuidados que le provee su hijo:

También me apoya, dándome consejos; que deje de estarme tomando con esas pastillas, que yo ya sé que con eso me voy a morir, que lo que pasa es que voy a quedar por ahí tirada en una cama como un vegetal. Lo que hace es darme buenos consejos (Testimonio de entrevistado).

El testimonio permite evidenciar que la familia cuida y demuestra su interés por el paciente y que éste entiende el mensaje de manera positiva; el paciente sabe que en el fondo lo que le augura su familiar son cuidados y buenos deseos; de este modo se fomentan lazos de cariño, agradecimiento y confianza.

Algunas familias logran enfrentar la situación de hospitalización de su familiar fortalecidas por el amor que sienten por su familiar y se une la familia de forma propositiva, como lo expresa el siguiente testimonio de un padre: “A raíz de las crisis que ella tiene, nosotros sí hablamos sobre todo con el pelado, es mayor..., ella es menor... que tiene que tener paciencia, más tolerancia y todos nos ponemos en esa tónica” (Testimonio de entrevistado). El padre ayuda, orienta y reúne a otros integrantes de la familia para que puedan comprender la situación de su hija y darle acogida en medio de las crisis.

El testimonio muestra a la familia reunida de manera cálida y cercana, en el recepcionar al otro, en una atmósfera de abrigo y de tutela amorosa, que incluye a otros miembros del sistema familiar.

Ha sido entonces este cuidado amoroso, denominado acogida y hospitalidad, visible en algunas de las familias que acompañan a su familiar hospitalizado. Esto se percibe en expresiones de ternura, afecto, responsabilidad y delicadeza.

Este apartado centra sus resultados en los logros afectivos de las familias, como gestoras y resilientes capaces de asumir la situación de hospitalización. Al respecto dice Gradillas (1998): “Todo cuanto es bueno para los familiares en términos de salud y fortaleza repercute positivamente en un miembro enfermo” (p.14).

Muestra Gradillas (1998) que cuando existe una relación recíproca entre paciente y familia, se hace visible la capacidad de apoyo; lo anterior pudo notarse en los testimonios de los entrevistados, dado que las interacciones afectivas de proximidad, cercanía e intimidad de las relaciones entre familia y paciente, tiene efectos positivos en la familia y justo allí, cuando más se necesitan los unos de

los otros, como es el momento de hospitalización. La familia es el espacio clave para la unión familiar y la materialización del amor que acoge, recibe y acompaña.

Aridez afectiva expresada en maltrato, rechazo y distanciamiento, formas puestas a la acogida y a la hospitalidad

En esta segunda categoría de resultados, los testimonios de pacientes, sus familiares y algunos relatos de profesionales vinculados con la clínica psiquiátrica, muestran lo contrario a la acogida y a la hospitalidad; aparece la aridez afectiva, visible en vacíos afectivos que narran algunos pacientes; emergen expresiones de maltrato verbal y físico. También se presentan familiares que rechazan y toman distancia de su familiar hospitalizado. Se concluye que lo anterior incide directamente en las recaídas del paciente.

Cada palabra, cada gesto, cada caricia o la ausencia de las mismas, dejan huellas imborrables en la vida de las personas; por tal razón, el sufrimiento que expresan algunos pacientes por no sentirse amados, como lo muestra el siguiente testimonio de una joven hospitalizada, que cuestiona a una mujer por el amor que le tiene a sus hijos y dice:

Muy horrible porque a la señora le dije: señora usted que tiene varios hijos ¿usted quiere a todos sus hijos? Claro... y le dije: mi mamá no. Es que yo desde niña he sufrido por la mamá que tengo” (Testimonio de entrevistado).

La paciente se cuestiona por el amor de otras madres, nombra y reconoce claramente el sufrimiento y el dolor por no sentirse acogida y amada por su madre.

Se escuchan otros testimonios en los que se percibe el desamor, el rechazo, la soledad. Sentimientos contrarios a la acogida y a la hospitalidad. Se trata del reconocimiento de un ambiente sin ternura y con hostilidad afectiva. Dice otro testimonio de un paciente que habla de su padre: “Nunca me abrazó, nunca me dijo te quiero... él papá no es una persona... cómo se puede decir... expresiva. Mi papá ha sido una persona muy drástica y nunca se ve abrazando un hijo” (Testimonio de entrevistado).

Aquí el paciente expresa la carencia de ternura y cómo era una necesidad escuchar y sentir el amor de su padre; al mismo tiempo, justifica al padre por su forma de ser, “poco expresiva”, que le impedía ser diferente o mostrarse más cercano y acogedor.

Sentirse acompañado y aceptado es la base de la seguridad y la confianza para los seres humanos, pero lo es más para los pacientes que padecen la enfermedad mental, especialmente en situaciones como cuando se llega a la clínica, tal como lo dice el siguiente testimonio de uno de los profesionales vinculados con la clínica: “Sí, llegan aquí con muchos miedos y muchos temores, pero lo que más recalco en ellos es el miedo al salir, a veces se sienten poco apoyados por sus familiares” (Testimonio de entrevistado).

El testimonio muestra que algunos pacientes llegan asustados, atemorizados y presentan una imperiosa necesidad de cuidado y protección. Por tal motivo la persona que no experimenta una atmósfera de abrigo, amparo y ternura en su familia, difícilmente puede asumir el tratamiento ofrecido en la clínica psiquiátrica.

Otro paciente dice que le causa malestar, enfado y rabia estar con su madre y demuestra sentirse mejor en la clínica: “Que al menos no está una persona aquí sacándome la rabia a mí, como hace mi mamá” (Testimonio de entrevistado). Esto pone de manifiesto riñas, tensiones y conflictos dentro de la familia y algunos pacientes encuentran descanso en la clínica.

Otro testimonio hace evidentes las riñas que se dan en su familia, en la que persisten peleas, discusiones y conflictos: “Evitar como los choques, porque chocábamos mucho y nos volvimos muy agresivos todos” (Testimonio de entrevistado). El testimonio hace referencia a que los miembros de la familia se habían vuelto agresivos, además, que la situación era más complicada para todos.

También, emergen experiencias de maltrato físico en las narraciones de algunos de los entrevistados, que muestran momentos que traen desesperación a los miembros de las familias. Dice un testimonio: “Todos los días llega a acabar con todos nosotros, a insultarla a ella y de todo” (Testimonio de entrevistado).

El testimonio muestra que la enfermedad mental es difícil para el paciente, pero que tampoco es fácil para la familia porque, en gran medida, a ella se le atribuye la responsabilidad por el paciente. Es la familia la que lleva sobre sus hombros el peso de asuntos no nombrados, invisibles y soterrados que derivan en sentimientos de impotencia, frustración, culpa e incompreensión. Tales sentimientos pueden reflejarse en respuestas negativas, cargadas de miedo que terminan en maltrato físico y verbal.

Otro testimonio de un paciente, en relación con su madre, dice: “Entonces yo le dije: “¡mátame que aquí estoy!” ¡Yo quiero morirme, yo no quiero vivir más! Entonces ¿sabe lo que hizo esa señora? Me dio el guarapazo aquí y entonces yo... ya le tiré” (Testimonio de entrevistado).

Es un testimonio que muestra conflictos que terminan en violencia, donde el paciente llega al punto de querer acabar con su vida y se llega a los golpes; además, el paciente se refiere a su madre en forma despectiva y la llama “esa señora”, lo que refleja distanciamiento y aislamiento afectivo.

A este proceso de afectos negativos se le suma el siguiente testimonio que revela la aparición de situaciones de rechazo y distanciamiento: “Me trajeron que porque le tiré a él, ¿quién no se defiende?” (Testimonio de entrevistado). El testimonio muestra que la familia usa un mecanismo de solución a un conflicto interno y lleva al paciente a la clínica.

Encontramos otro testimonio de un profesional vinculado con la clínica que dice: “Cuando la familia no apoya, muchos en la familia son los que empiezan también a estigmatizar: «¡Ah!, pero es que ustedes son locos, pero es que, no, este loco ya empezó a hablar»” (Testimonio de entrevistado). Pensar en los pacientes como “locos” es una forma de discriminar y de estigmatizar. Esta forma de “nombrarlos” ha permeado a algunas familias.

Se manifiesta la dificultad para entender y convivir con un paciente diagnosticado con enfermedad mental, incluso, se dan sentimientos de vergüenza, aislamiento y distanciamiento. Así lo ilustra mejor el siguiente testimonio:

Mami, qué pena con usted decirle, pero me voy a ir por culpa suya prácticamente, porque no la aguanto. Me da pena que yo no pueda arrimar un novio, un amigo o una amiga, o algo así porque sos insoportable, ya en la calle me da pena que sepan que usted es mi mamá (Testimonio de entrevistado).

La hija decide distanciarse, irse de la casa porque se avergüenza de la madre que padece la enfermedad. En este testimonio se advierte el rechazo y el distanciamiento que asumen algunos familiares sobre la situación del paciente. En este sentido, la falta de calidez y compañía amorosa pueden ser causa de situaciones que se agravaban y que encuentran solución en el distanciamiento.

La familia, en los últimos años, ha ganado espacio en las intervenciones que se brindan a pacientes con enfermedad mental, principalmente se ha incluido en los procesos de tratamiento porque se considera a la familia como el espacio “natural” en donde vive el paciente. La familia es un recurso para contrarrestar efectos negativos derivados de la hospitalización prolongada y la medicación. Sin embargo, no siempre es así, ya que existen familias que no acompañan y no logran articularse con los procesos terapéuticos ofrecidos por la clínica psiquiátrica. Así lo expresa el siguiente testimonio: “Sí, mira, aquí hemos tenido pacientes con familias muy resistentes, con familias que definitivamente no apoyan el proceso y esos son pacientes que con frecuencia recaen o son pacientes que los están hospitalizando constantemente” (Testimonio de entrevistado).

Los testimonios de esta categoría permiten ver la importancia de incluir en el proceso terapéutico a las familias porque en algunas de ellas se viven serias dificultades. Por ello, tanto a la familia como al paciente, se les debe acoger, darles un lugar, escucharlos, hacerlos visibles, acompañarlos en sus vivencias cotidianas y particulares.

Consideraciones finales

Las expresiones afectivas que se dan en los pacientes y sus familiares, a partir de la hospitalización, obtuvo como resultados dos maneras de manifestar el afecto, la primera, reflejada en aspectos positivos donde pacientes y familiares expresan acogida y hospitalidad, como una familia reunida.

La segunda, con aspectos menos favorables que evidencian aridez afectiva, expresada en maltrato, rechazo y distanciamiento como formas opuestas a la acogida y a la hospitalidad.

Algunas familias fueron vistas como el lugar más seguro y confiable que tienen los pacientes diagnosticados por enfermedad mental, como lo expresa Oliveros (2004):

Las emociones se actúan inicialmente en la familia, porque en principio este sería el medio más seguro para practicar la alegría, la rabia, la tristeza, el miedo, el amor etc., en la medida en que ella proporcione un ambiente protector e íntimo, basado en el afecto incondicional entre sus miembros (p. 8).

La enfermedad mental genera en el paciente diversos estados de ánimo, que lo llevan a expresar sentimientos ambivalentes y constantes altibajos emocionales. La persona enferma necesita encontrar un ambiente íntimo y protector para expresar lo que siente y hacerle frente a la situación de hospitalización; algunas familias de la clínica brindaron ese ambiente desde la calidez de su amor.

Esto permitió ver que algunos pacientes alivianan el peso de la enfermedad a partir del acompañamiento, la unión y el apoyo de su familia. Se percibe a estos pacientes como capaces de enfrentar la situación de manera más equilibrada y favorable.

Terkelsen (1987) plantea: “La familia no logra poner en un compartimento aislado, la enfermedad mental de su familiar” (p. 2). Concluye que las familias que pasan por una situación de hospitalización de uno de sus integrantes presentan crisis y desequilibrio en su funcionamiento y tienen diferentes maneras de adaptarse a la situación. Este estudio de Terkelsen (1987), coincide con lo visto en las familias de la clínica psiquiátrica, en la que se ve la complejidad de lo que atraviesa la familia, pues sus miembros, al igual que los pacientes, pasan por etapas, procesos y adaptaciones particulares. En este sentido, la manera de asumir el proceso de tratamiento depende del tipo y grado de enfermedad, la manera en que se ha presentado la misma, la edad del paciente y el rol que ocupa el mismo dentro de la familia.

Cuando se hospitaliza al padre de familia, quien ha sido el principal proveedor económico, la familia sufre unos cambios y crisis diferentes a las que se presentan cuando el paciente es un hijo adolescente o a la madre; cada caso en particular afecta de manera distinta la dinámica y las relaciones familiares. Por tal razón, es importante identificar el significado de cómo vive la familia, la ausencia en el hogar del paciente hospitalizado y su impacto dentro de la misma.

En coherencia con lo anterior, sería importante abordar y comprender las enfermedades mentales desde el pensamiento sistémico, dado que aquello que acontece a un solo integrante de la familia toca a los otros. Cuando no son atendidos sistémicamente los asuntos que se viven en el sistema familiar, se desencadenan otros estresores y agravan la situación. Así lo plantea Bettelheim (2010):

La familia es en sí misma la unidad coherente para la supervivencia; además sufre mucho porque sus miembros tienden a culparse a sí mismos o a culpar a otros miembros de la familia, cuando se experimentan dificultades. Pese a que éste es precisamente el momento en que cada uno de ellos necesita apoyo de los demás, para el bienestar de todos. (p. 445).

Bettelheim (2010) expone algo que se pudo ver en los testimonios de los participantes de la clínica: se buscan respuestas o posibles causas entre ellos mismos, del origen de la enfermedad y, tanto pacientes como familiares, buscan contrarrestar sentimientos de frustración, desconcierto e impotencia. Se trata de un momento en el que se hace más necesario aliviar el peso de la situación con el apoyo, la acogida, una palabra de aliento, es decir, se hace más urgente y preciso el encuentro, el apoyo y la presencia del otro.

La familia se ha hecho visible en las intervenciones a pacientes con enfermedades mentales pero poco se ha estudiado el tema de la intimidad familiar y sus relaciones con la enfermedad mental. Dice Hernández (2011): “Definir el problema dentro del contexto de una relación implica una lectura de mayor complejidad que hacerlo cristalizando en los síntomas individuales toda la dificultad” (p. 11). Quizás, por esta razón es más fácil atender al paciente que abrir otras puertas en aspectos que implican mayor complejidad como profundizar en los procesos familiares. Sin embargo, algunos estudios como el de Liberman y Kopelwicz, citados por Villora (2008), muestran relaciones rotas o destructivas con miembros de la familia y describen a sus propios padres como la causa de sus problemas o perjudiciales para su recuperación. Así mismo, algunos testimonios de los entrevistados manifestaron sentirse a salvo, seguros, protegidos y mejor tratados dentro de la clínica psiquiátrica que en sus casas. Por ejemplo, una paciente expresa: “Que al menos no está una persona aquí sacándome la rabia a mí como hace mi mamá”, o el testimonio de uno de los profesionales de la clínica que dice: “Sí, llegan aquí con muchos miedos y muchos temores pero lo que más recalco en ellos es el miedo al salir”.

Existen vacíos, silencios y situaciones invisibles de crisis y tensión en algunas familias. Tales situaciones pueden generar expresiones de maltrato físico y verbal, tal como lo muestran los testimonios de algunos participantes, ya mencionados en el desarrollo de la última categoría presentada en este artículo. Lo anterior, se relaciona directamente con las recaídas del paciente.

Además de estos aspectos negativos, se evidenció que la afectividad, desde el apoyo y la acogida, fue un factor determinante y fundamental para el logro de objetivos del tratamiento. Esto coincide con lo expuesto por Villora (2011) cuando sostiene que es necesario “maximizar el apoyo familiar y convertirlo en un elemento de impulso para la recuperación” (p. 8).

Dice Oliveros (2004) que cuando la familia no logra mantener ese clima: “Fracasa en su función de satisfacer las necesidades emocionales de sus miembros” (p. 8). Quizás esto explica que en algunos pacientes, cuando no hubo una familia que brindara cuidados y apoyo, éste transfirió su necesidad de abrigo y protección al personal de la clínica psiquiátrica.

También se observó la participación de algunos familiares que asistían a reuniones semanales ofrecidas por la clínica como espacio terapéutico, aunque su familiar ya había sido dado de alta en la clínica. Esto muestra la relevancia que estos familiares le dan al apoyo que deben ofrecer a las personas con un diagnóstico de enfermedad mental.

Algunas familias y los pacientes buscan apoyo, compañía y reconocimiento, se muestran recursivos y resilientes cuando escuchan vivencias y dificultades de otros que viven las mismas circunstancias. Esto les ayudó a alivianar el peso de la situación y establecer lazos, uniones nuevas, además de ampliar sus redes para sentirse más confiados y seguros.

Cuando se realiza el acercamiento a la relación paciente y familia en la intervención hospitalaria, se encontró que, a menudo, el paciente es remitido cuando está en crisis mayor, cuando atenta contra su vida y hay que protegerlo. Sin embargo, sería importante trabajar con el paciente y la familia antes de que se llegue a ese momento, es decir, brindar apoyo profesional e interdisciplinario ayuda a tener un oportuno manejo de la enfermedad.

En conclusión, la afectividad familiar es indispensable, es ella la que provee cuidados, cercanía y proximidad desde las expresiones de acogida y hospitalidad para la recuperación del paciente; además, ofrece alternativas a la familia y al paciente para afrontar la situación de enfermedad mental.

La familia se configura en un actor necesario para abordar, comprender y ayudar a cambiar realidades humanas como las vividas en la hospitalización del paciente. Fomentar la participación de las familias en estos procesos es posibilitar apuestas asertivas de mejoramiento de la salud integral y de calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de enfermedad mental.

Referencias

- Arias, L. y Viveros, E. (2006). *Dinámicas internas de las familias con jefatura femenina y menores de edad en conflicto con la ley penal: características interaccionales*. Medellín: Fondo Editorial de la Fundación Universitaria Luis Amigó
- Bettelheim, B. (2010). *No hay padres perfectos*. Barcelona. Editorial Crítica.
- Bonilla-Castro, E. y Rodríguez, (2000). Más allá del dilema de los métodos. Bogotá: Editorial Norma.
- Coffey, A. & Atkinson, (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Espina, A. (2004). *Familia actual, diversidad social y educación*. España. Editorial Salamanca.
- Galeano, E. (2004). *El estudio de casos: Un interés por la singularidad*. En: Galeano, E. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada. Medellín: Ediciones Carreta, Colombia, pp. 63-82.
- Gradillas, V. (1998). *La familia del enfermo mental: la otra cara de la psiquiatría*. Editorial Diazdesantos Madrid España p 192, recuperado en www.editdiazsantos.com
- Hernández, A. (2005). *La familia como unidad de supervivencia, de sentido y de cambio en las intervenciones psicosociales: Intenciones y realidades*. La Revista latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y juventud, vol3, n 001, pp. 2-12 Universidad de Manizales Colombia.
- Hernández M. & Sánchez, F. (2008). *La dimensión afectiva como base del desarrollo humano: una reflexión teórica para la intervención en trabajo social*. En Revista Eleuthera.vol2, enero-diciembre 2008, pp. 53-72.
- Laing, R. (1982). *El cuestionamiento de la familia*. Editorial Paidós. Barcelona.
- Limón, T. (2011). *Salud mental, urdimbre constitutiva y espiritualidad*. Recuperado en:<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/28931/1/TirsoLimon.pdf>
- Martínez, (2011). *La "sociedad sin padre" en la obra psicológica de Rof Carballo, Aproximaciones a la cuestión del ateísmo contemporáneo*. En: Revista de Filosofía y Psicología, Universidad Complutense de Madrid España. Volumen 6, N° 24, 2011. p, 43-54. ISSN 0718-5065 Versión en línea.

- Oliveros, L. (2004). *El vínculo afectivo como opción de vida en la convivencia familiar*. Ibagué. Colombia. Fondo Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Ruiz, A. (2004). *Texto, testimonio y metatexto. El análisis de contenido en la investigación en educación*. En: Jiménez, A. & Torres, A. (Compiladores). *La práctica investigativa en Ciencias Sociales*. Universidad Pedagógica Nacional. Santafé de Bogotá. Colombia, (p. 45-61).
- Sanunders, J. (2003). *Families Living with severe mental illness: A Literature Review. Issues in Mental Health Nursing*,24:175-198. Recuperado en: <http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2012/05/Families-Living-with-Severe-Mental-Illness.pdf>.
- Terkelsen, K. (1987). *The Evolution of Family Responses to Mental Illness through Time*. Agnes Hatfield, "Families of the Mentally Ill: Coping and Adaptation". Recuperado en: <http://www.namigc.org/documents/reaccionesdelafamiliaanteenfermedadesmentalesserias.pdf>
- Víllora, B. (2011). *Satisfacción y apoyo social familiar en una muestra de personas con Trastorno mental grave*. Recuperado en: <http://www.uclm.es/bits/archivos/trabajos/BEATRIZ%20V%C3%8DLLORA%20GALINDO.pdf>