

La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental

María Victoria Builes Correa¹
Mauricio Hernando Bedoya Hernández²

Resumen

Introducción: A partir de mediados del siglo XX se viene interviniendo la enfermedad mental desde la psicoeducación, que surgió de la psiquiatría, al convocar diversas disciplinas: psicología, pedagogía, educación, trabajo social y otras. *Objetivos:* Acercarse a las comprensiones posmodernas de la psicoeducación. *Resultados:* Surge una serie de interrogantes acerca de la labor psicoeducativa: ¿cómo intervenir en la enfermedad mental?, ¿qué profesional ha de hacerlo?, ¿desde dónde es preciso abordar el problema de la enfermedad mental?, ¿cuáles han de ser los instrumentos de que se debe aprovisionar el personal de la salud para mejorar la efectividad de dicha intervención?, ¿sobre quién se interviene: la familia o el enfermo? Estos interrogantes se han convertido en dilemas para la psicoeducación, y algunos se han tornado paradojas. *Conclusión:* La solución a las paradojas emergentes en psicoeducación proviene de diversos saberes. Se ha elegido la ruta narrativa trazada por la posmodernidad para construir tentativas de respuesta. De esta forma, pueden modificarse sus premisas y proponerse como presupuesto básico que la psicoeducación es una experiencia narrativa.

Palabras clave: enfermedad mental, psicoeducación, narración.

Title: Psychoeducation as a Narrative Experience: Postmodern Understandings in Approaching Mental Illness.

Abstract

Introduction: Psychoeducation has been an intervention for mental illness since the middle of the 19th Century. It derived from psychiatry, bringing together different disciplines such as psychology, education, and social work among others. *Objectives:* This article takes a look at postmodern understandings in approaching psychoeducation. *Results:* A number of questions arise regarding psychoeducational work: How to intervene in mental illness? Which professionals should do so? How should this intervention be approached? What instruments would help the health personnel improve the effectiveness of such an intervention? Who is being intervened: the family or the patient? These questions have become real dilemmas in psychoeducation. Some of these dilemmas have turned into paradoxes.

.....
¹ Médica, terapeuta familiar, Universidad de Antioquia; coordinadora de la Especialización en Terapia Familiar, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia.

² Psicólogo; magister en psicología, Universidad de San Buenaventura, Medellín; docente de la Universidad de San Buenaventura y de la Fundación Universitaria Luis Amigó.

Conclusion: The emerging paradoxes in the field of psychoeducation can be solved from different sources of knowledge. We have chosen narrative, as proposed by postmodernity, to tentatively construct some answers. In this way we can modify our premises and make as a basic assumption that psychoeducation is a narrative experience.

Key words: Mental disorders, psychoeducation, narration.

Introducción

Las preguntas por la enfermedad mental que emergieron de la filosofía, la teología y la medicina hallaron en la Ilustración el terreno *positivo* para su respuesta. Acerca de sus orígenes se han dado explicaciones mágicas, míticas, religiosas, científicas, sociológicas y pedagógicas, pero aún sin acuerdos es urgente intervenir la patología mental.

Algunos interrogantes articulados al objetivo del presente artículo son: ¿cómo intervenir sobre la enfermedad mental? ¿Quién ha de hacerlo? ¿Con qué instrumentos? Las tentativas de respuesta han tendido lazos con la psicología, la farmacología, las neurociencias, la pedagogía, el trabajo social, la sociología, y con otras formas de intervención sobre lo psicológico: la psicología clínica, el psicoanálisis, la farmacoterapia, la terapia familiar, la psicoeducación, entre otras.

Acerca de la psicoeducación, su origen, devenir y los retos que se le plantean se constituyen en el objeto del presente escrito. Ésta posee algunos dilemas que marcan su quehacer

y su impacto sobre la comprensión e intervención de la enfermedad mental. Estos dilemas constituyen el segundo foco de este artículo. La posmodernidad ha planteado algunas dudas sobre la manera de concebir al hombre hoy. La psicoeducación ha sido también sometida a algunos interrogantes. Cómo pueden “resolverse” será el tercer objetivo.

Sobre la noción de enfermedad mental

Según Belloch (1), los griegos y romanos veían la locura como posesión de espíritus malignos enviados por dioses encolerizados. Los locos eran atendidos en templos dedicados a Esculapio, dios de la curación. Esta concepción cambia con los pitagóricos: Hipócrates, su principal representante, cree que la locura se contrae, como las enfermedades físicas, debido a procesos naturales relacionados con los humores. Se asocia locura con enfermedad mental. Areteo y Sorano coincidirán en el papel que desempeñan las emociones en la enfermedad. La Edad Media mantiene la visión organicista sobre la enfermedad mental, dado que el alma, por su origen divino, no podía enfermarse. Para el siglo VII, la locura como posesión demoníaca cristalizó nuevamente; el tratamiento de los poseídos fue realizado por la autoridad religiosa (2).

Los avances técnicos del Renacimiento conducen a retomar los planteamientos orgánicos, que insis-

ten en factores anatomopatológicos y fisiopatológicos para explicarla (1). Hacia el siglo XVIII hay médicos neurólogos y psiquiatras centrados en las enfermedades mentales. En el siglo XIX, la locura se define como una enfermedad de la inteligencia, originada por una alteración en el sistema nervioso; la herencia es privilegiada como causa.

Kraepelin formula la primera clasificación de las enfermedades mentales con base en la evolución y desenlace de varias de ellas, y no a partir de sus causas orgánicas. Dicha clasificación se mantiene en la actualidad. Charcot y Janet impulsaron el estudio de fenómenos mentales no conscientes, como la histeria (1).

En la actualidad, la enfermedad mental se concibe como una patología con causas tanto orgánicas como del entorno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera y hacer una contribución significativa a sus comunidades (3).

El panorama de la salud mental en cifras

Los cambios en el significado de la enfermedad mental (4) han promovido diversos abordajes, aunque la patología mental se ha incrementado en las esferas social, económica, laboral, relacional y familiar. Así, 450 millones de personas sufren

trastorno mental o conductual, un millón se suicidan cada año, el 63% de las causas principales de años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos, una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro con trastorno mental. El costo económico equivale en los países desarrollados al 3% o 4% del PIB (3).

Según el *Estudio nacional de salud mental*, de 2003 (5), en Colombia, la posibilidad de tener en el transcurso de la vida cualquier trastorno es del 40,1%. Los trastornos mentales graves están asociados con una discapacidad importante en los roles y en la funcionalidad, con un promedio de 27,9 días al año. Esta “discapacidad asociada con la enfermedad mental es superior a la observada para las enfermedades crónicas” (5). El 10% de los sujetos con enfermedad mental recibe atención. En el año previo al estudio, el 18% de la población había sufrido algún trastorno mental. La enfermedad mental se convierte en prioridad en salud pública. El *Estudio* indica que es preciso incrementar los esfuerzos orientados a diagnosticar e intervenir tempranamente la enfermedad mental.

Dilemas en la intervención de la enfermedad mental

La necesidad de intervenir la enfermedad mental les han planteado históricamente a las disciplinas que se concierne en ella una serie de dilemas. Algunos de ellos han devenido paradójicas. A continuación

se enuncian algunos de tales dilemas y en un apartado posterior se plantearán salidas a las paradojas fundadas por ellos.

Primer dilema: quién interviene

Pareciera ser indiscutible que la intervención sobre la enfermedad mental ha de estar en manos de la psiquiatría, por el aporte de Kraepelin (6) y porque mucho antes, cuando la *locura* se tornó *enfermedad*, la disciplina autorizada para su abordaje fue la medicina.

Sampson (7) sostiene que en la idea de *enfermedad* se funda la paradoja cuerpo enfermo-mente enferma, lo que plantea el debate foucaultiano organogénesis-psicogénesis de la enfermedad mental (8).

Foucault indica la indiscriminación de conceptos como enfermedad, síntoma y etiología en patología mental y en patología orgánica. La enfermedad mental se lee somáticamente. La pregunta que emerge se refiere a *quién* debe intervenir el problema de la enfermedad mental. Diversas disciplinas han sido convocadas para el abordaje: la psicología, la terapia familiar, la pedagogía y la psiquiatría.

La reunión de saberes ya mencionada, heredera de la modernidad (9), ha elegido la vía de la fragmentación del sujeto y mantiene el reduccionismo subjetivista que parte de la convicción de que el ser humano *tiene* cuerpo, mente y espíritu. Cada una de estas “partes” habrá de ser

intervenida por un saber diferente. Con ello se fragmenta el tratamiento, se confunde al enfermo y a su familia, se incrementa el costo y, finalmente, el pronóstico resulta más desalentador, en cuanto no se consolida en la mayoría de las veces un trabajo realmente interdisciplinario, sino uno atomizado.

*Segundo dilema:
desde dónde se interviene*

La fragmentación del sujeto y el reduccionismo subjetivista origina el segundo dilema: ¿cuál es el mejor método de intervención en un enfermo mental?, ¿el farmacológico?, ¿el psicoterapéutico?, ¿el pedagógico?

La *intervención farmacológica* surge en los años cincuenta con la aparición de los antipsicóticos. Su uso se justifica por una alteración sináptica (10). La premisa subyacente es que la enfermedad tiene causa orgánica y su abordaje busca corregir tal déficit. La necesidad de intervenir *pedagógicamente* al enfermo y su entorno tiene un origen aquí. Si la enfermedad es una forma de déficit, es posible enseñar a los pacientes y sus familias a manejarlo y a convivir con él, por medio de un cuidadoso entrenamiento. El trabajo del rehabilitador o educador es eminentemente didáctico y práctico.

Finalmente, la intervención psicoterapéutica parte de la premisa de que la enfermedad mental se origina en el alma (pensamiento premoderno) o en el sujeto pensante (modernidad)

(7). Los planteamientos extremos niegan la dimensión orgánica. También aquí, en algunos casos, se acude a la intervención *pedagógica* (pautas de crianza, aprendizaje).

Las dificultades que conlleva este dilema son manifiestas, máxime cuando, como ya se ha afirmado, los equipos de salud privilegian una forma de intervención, profundizando, de esta manera, la fragmentación del enfermo y su entorno. Así, el tratamiento y el pronóstico se ven afectados.

*Tercer dilema:
sobre quién se interviene*

El *enfermo* era la unidad de diagnóstico y tratamiento hasta mediados del siglo XX. El diagnóstico clasificaba a un paciente en una categoría patológica y la terapia era el intento de cambiarlo (curarlo). Algunas teorías psicológicas (11-15) explicaban —todavía hoy— la patología a partir del mundo relacional del sujeto, pero no promovían la intervención familiar. Entre hacer consciente lo inconsciente y la modificación conductual se disputaban los clínicos la intervención individual (16).

Hacia los años cincuenta, Frida Fromm Reichmann acuña la expresión *madre esquizofrenógena* (17), aquella madre agresiva, dominante, rechazante e insegura. La presencia de la psicosis era producto de la relación madre-hijo. El síntoma entonces comenzó a ser definido como un tipo de comunicación con alguien

más. La terapia comenzó a incluir a dos personas. El intento era ya cambiar las secuencias de conducta entre los miembros de dicha *díada* (18).

La *familia* como unidad de tratamiento aparece cuando se incluye al padre, la triada. Se inicia así una serie de innovaciones terapéuticas para aproximarse al mundo familiar; se introducen conceptos desde diversas teorías como la de roles, información, comunicación y sistemas, para responder a la nueva unidad consultante (18).

El *sobre quién se interviene* se resuelve desde la polaridad enfermo-familia. En muchos casos, uno de los polos es eliminado, lo cual genera la exclusión de algunas dimensiones de la enfermedad mental. Esto afecta, como es de esperarse, las esperanzas de mejoría del enfermo (19). Olvidar el entorno trae consigo riesgos de igual proporción que centrarse exclusivamente en éste.

*Cuarto dilema:
el lugar del terapeuta*

En lo que se refiere a la intervención individual o familiar de la enfermedad mental, es fundamental pensar el lugar que adopta el terapeuta, dado que allí se juega en buena medida el éxito del proceso. Éste puede intervenir, parafraseando a Jürgen Habermas (20), desde la acción estratégica o desde la acción comunicativa.

Desde la acción estratégica se busca confianza y obediencia del

enfermo para su curación, pero sin la participación activa de éste en las decisiones. El especialista es el benefactor. Independiente de que la intervención sea individual o familiar, el paciente es enajenado (20); cuando se convoca a otros (amigos o familiares) se hace como apoyo social (21). La intervención resulta ser monológica, basada en el control y la dominación (22).

La acción comunicativa en el abordaje de la enfermedad mental reconoce al paciente como un sujeto, interlocutor válido con el que se puede conversar dialógicamente (22). Las prácticas del especialista cambian: mantiene su rol, reconoce el de su paciente (un sujeto o familia), ya no decide por el enfermo; el espacio terapéutico es lugar de conversación, de emergencia de nuevos significados (22).

Al respecto, Gadamer (23) plantea que la verdadera conversación debe ser hermenéutica, creadora de sentidos nuevos. Aquí la intervención se hace desde el lugar de la *acción comunicativa*. La paradoja emergente es ¿el terapeuta interviene instrumentalmente o interviene comunicativamente? Esto será decisivo en el curso de la intervención.

**La psicoeducación:
conversación dialógica y
respuesta a los dilemas
en la intervención
de la enfermedad mental**

¿Desde qué lugar habrán de ser abordadas las paradojas inherentes

al devenir de la intervención de la enfermedad mental? Quizá no exista un único lugar ni una única respuesta. Uno de ellos es la psicoeducación.

Del origen de la psicoeducación

Respecto del término *psicoeducación*, Bertrando y Toffanetti han indicado que de ella se hizo un uso psicológico, en primera instancia, y psiquiátrico, en segunda (24). En psiquiatría, la psicoeducación se llevó a cabo, inicialmente, como una nueva forma de trabajo con familias de pacientes esquizofrénicos. Y aun cuando existen diversas líneas en psicoeducación, hay algunos elementos en común (24):

- Se considera a la familia, en sí misma, normal. Esto pone fin a la discusión acerca de las familias patógenas, anormales o al diagnóstico familiar.
- Se busca favorecer el desarrollo de las potencialidades familiares.
- Se hace hincapié en la necesidad de informar a las familias acerca de la etiología, el curso, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad.
- Se explicita, se estandariza y se le da linealidad a la metodología de intervención. Se enseña cómo resolver problemas asociados con la patología de uno de sus miembros. Dichas técnicas se desarrollan en periodos cortos.
- Se demuestra la eficacia de la psicoeducación con criterios de investigación empírica.

Ahora la psicoeducación no se limita a familias de personas con diagnóstico de esquizofrenia, sino a todo tipo de trastorno mental u orgánico crónico. Si bien al principio se estableció una ardua disputa con la terapia familiar, que tuvo su nacimiento en la psiquiatría (24), el diálogo entre psiquiatras, terapeutas familiares, psicólogos, trabajadores sociales y otros ha permitido *redimensionar* la psicoeducación, la cual no se adhiere a ninguna escuela de terapia familiar en particular.

De la eficacia y las objeciones a la psicoeducación

La psicoeducación resulta ser un coadyuvante en el tratamiento de los trastornos mentales (25-26). Diversos estudios han mostrado su eficacia en el tratamiento de la enfermedad mental, en cuanto a la disminución de recaídas en pacientes esquizofrénicos (27-28). Además, resaltan que se basa en la enseñanza que recibe la familia para comprender mejor la enfermedad y responder apropiadamente a sus manifestaciones.

Así mismo, la psicoeducación ha promovido la mejoría clínica en pacientes bipolares sin comorbilidad (29-31) y con comorbilidad (trastorno de personalidad) (32). Aunque algunos de estos estudios carecen de

muestras representativas, coinciden en plantear que la psicoeducación promueve la mayor adherencia al tratamiento farmacológico y disminuye la frecuencia de recaídas, al mejorar el desempeño social (31).

Otras investigaciones han mostrado que las familias que reciben este abordaje tienen mayor efectividad en la reducción de emociones expresadas y que disminuye la frecuencia de recaídas de los pacientes (33).

Algunos defensores de la psicoeducación sostienen que para ponerla en práctica es suficiente asistir a algunos cursos, con poca inversión temporal y económica (24). Además, es útil en diversos ámbitos, uno el económico, por su costo-efectividad (34)³. No obstante, se critica que termina dejándose en manos de personal poco experto la labor psicoeducativa, con los efectos altamente desfavorables que ello trae para el proceso familiar y para el enfermo.

El modelo psicoeducativo presenta aspectos controversiales. Las familias se consideran sanas, pero se les atribuye el *no saber* de la enfermedad. Entonces se requiere a alguien que sepa, el experto (22), que genera la sensación de estigmatización y culpabilidad para la familia. Los pacientes, al ser vistos como sujetos diferentes de sus familias sanas, se resisten con frecuencia a los tratamientos (24).

³ El estudio de Lehtinen, hecho durante cinco años, con grupos psicoeducativos multifamiliares mostró que se reducía de 51% a 18% el pago por incapacidad a los enfermos luego de recibir el tratamiento; así mismo, si el número de recaídas se disminuye, los costos sociales, emocionales y financieros pueden verse también aminorados.

Actualmente se considera que las sesiones educativas son un componente necesario, pero no suficiente para provocar modificaciones en el clima emocional de la familia o para prevenir recaídas. La familia consigue mayor conocimiento de la enfermedad, pero esto no frena las recaídas (35). Montero y Sanz Fuentenebro llegan a similares conclusiones (36). En el caso de pacientes bipolares, algunos estudios muestran que mejora la sintomatología depresiva, pero no la maníaca (37). Por lo tanto, variables más decisivas para el cambio se encuentran en el formato psicoeducativo del grupo y en la actividad de los profesionales que lo llevan a cabo, según Belloso (36).

Tejidos posmodernos en la psicoeducación

La posmodernidad es definida por Lyotard (38) como el fin de los grandes relatos. La modernidad, y particularmente la Ilustración, esperaron que la razón, la ciencia y la tecnología lograran la emancipación de la humanidad, la libertad, la igualdad de todos los seres humanos y la fundamentación última de la vida. Estos ideales, estos relatos, no sólo no se han logrado, sino que fracasaron definitivamente, según Lyotard.

Por su parte, Vattimo piensa la posmodernidad como el fin de la fundamentación del Conocimiento, la Verdad y la Historia (39), todos con mayúscula, lo que indica que el

conocimiento como representación acertada de la verdad absoluta ha fracasado, porque no hay verdad absoluta —idea ésta que se comenzó a gestar justo en la modernidad (40) y se consolidó en la posmodernidad—. Sucede lo propio con el fin de la historia, lo que concuerda con la idea foucaultiana acerca de la imposibilidad de una historia lisa, común para todos los hombres (41).

La enfermedad no existe como *idea*, como *verdad en sí* más allá de la experiencia que el sujeto, su familia y la sociedad tienen de ella. Una de las primeras consecuencias para el abordaje psicoeducativo consiste en verificar que el proceso salud-enfermedad debe tener en cuenta el mundo de significados y creencias construidos por el enfermo mental, su familia y el equipo de salud a su cargo. Es decir, la enfermedad mental es lo que el enfermo, su entorno (la familia) y el equipo de salud significan de ella. Según Kleinman (19), la enfermedad tiene tres niveles de significados:

- *Dimensión biológica*: descripción e interpretación biológica de la enfermedad. En este nivel funciona el equipo de salud.
- *Dimensión simbólica*: representa la manera como la familia y el enfermo viven la experiencia humana de los síntomas y el sufrimiento. Esta dimensión sintetiza los aspectos personales, familiares, culturales que combinados dan una mezcla más o menos coherente.

- *Dimensión social:* representa los significados sociales, económicos, políticos o institucionales asociados con la enfermedad.

Es preciso que el equipo de salud, la familia y el enfermo promuevan conversaciones entre los tres niveles de significado. De esta forma, la aproximación a una experiencia ecológica de la enfermedad pasa por la construcción de un vínculo recursivo entre ellos.

Las narraciones que la familia, el enfermo y el equipo de salud tejen conducen la relación que los actores sostienen con la enfermedad. Aquí se plantean cuatro hipótesis que ofrecen algunas respuestas a las paradojas ya enunciadas.

Primera hipótesis: el espacio psicoeducativo como espacio narrativo

El experto tendrá que posibilitar no solamente la información, las herramientas para el manejo de la enfermedad, sino fundamentalmente que el enfermo y su familia se narren, que tejan nuevas líneas de sentido sobre su padecer. Este es el gran cometido de la experiencia psicoeducativa y repercute en las nuevas comprensiones que el enfermo y su familia tienen de la enfermedad; además, influye positivamente en la alianza terapéutica, en la adherencia al tratamiento y en la solicitud de ayuda en situaciones complejas (37).

Ricoeur (42) ha dicho que narrarse siempre es *renarrarse*. Cuando alguien se narra, lo hace sobre el teji-

do ya hecho de sí; de ahí parte y por eso se siente él mismo. Pero con cada nueva narración cambian aspectos de su tejido. Cuando el sujeto se narra, todo su tejido personal, allí donde se inscribe su enfermedad, se está poniendo en escena y se está cuestionando, sin saberlo; está cambiando, y con él su padecer. La psicoeducación como *renarración* cura incompreensión de saber qué está pasando, por ello el paciente mejora su calidad de vida (37). Sentirse acompañado y comprendido son también efectos de la experiencia psicoeducativa pensada como posibilidad narrativa.

Respecto de los dilemas planteados se dirá que todos los implicados en el proceso psicoeducativo son sujetos narrativos y que, independiente del lugar desde donde se intervenga, la psicoeducación buscará promover nuevas conversaciones y significados.

Segunda hipótesis: el espacio psicoeducativo debe ser un espacio de historización

La historia lisa, común para todos los hombres, no va más (41). Así emerge una nueva hipótesis: *el espacio psicoeducativo debe ser un espacio de historización*. La conversación dialógica permite que el sujeto, su familia y el equipo de salud destejan la urdimbre del padecer. En cuanto destejida, pueden tejer una historia nueva (menos dolorosa) alrededor de la enfermedad (21). Las conversaciones así concebidas

promueven nuevos significados (22) que transforman la historia y el sí mismo de todos los implicados en el proceso psicoeducativo.

El sí mismo es un acontecimiento de narración. Suponemos que un sujeto tiene un sí mismo, una trama subjetiva que le permite explicarse y nombrarse. El sí mismo narrativo es historia en devenir, es un entramado tejido con cada nuevo relato de sí.

De esta forma, el sí mismo narrativo integra tanto lo permanente como lo cambiante y los convierte en devenir (42). El enfermo no estará condenado a una sola historia de su enfermedad, porque podrá construir, mediante la labor psicoeducativa, una nueva historia de sí y de su padecer.

Se interviene, entonces, sobre el sujeto histórico, historizador, sin recurrir a su fragmentación.

*Tercera hipótesis:
el espacio psicoeducativo como
experiencia de relación*

Lo dicho anteriormente acontece en el ámbito de una relación completamente simétrica entre el sujeto, su familia y el equipo de salud. En una auténtica relación humana el poder no es dominación de uno por el otro, sino rol en ejercicio y vivencia de cada uno en ella. Cada uno es imprescindible en la relación psicoeducativa, la cual se torna historizante y hermenéutica para todos.

De esta forma, la psicoeducación descentra el modelo patológico y en su lugar se privilegia una relación fundamentada en la colaboración, la información y la confianza (37). Así, el lugar del terapeuta es el conferido por la relación con el enfermo, su familia y el equipo de salud. En este sentido se ha dicho que la psicoeducación es una experiencia de acción comunicativa.

*Cuarta hipótesis:
lo educativo de la psicoeducación*

Lo más propio de la relación psicoeducativa es que si bien a ella cada uno acude con su historia, adoptando un lugar particular y ofreciendo una peculiar narración de sí —muchas veces promotora de significados que tornan en círculo vicioso el dolor familiar—, ella misma puede fomentar nuevos relatos de sí en todos sus participantes; relatos posibilitadores de nuevos tejidos de sentido y nuevas historias subjetivas, familiares y profesionales. Para ello, el experto ofrece, además de información, una relación psicoeducativa. Y habrá de convertirse en guardián de esa relación, en su cuidador.

En la conversación dialógica es imprescindible que el experto adopte una actitud de constante sorpresa frente a las historias que relatan los consultantes, tal que sus preconcepciones también sean des tejidas en la conversación (22).

La labor pedagógica dentro de la relación psicoeducativa llevará

a que todos los implicados no sólo aprendan de la enfermedad, sino que logren establecer con ella una relación diferente, menos dolorosa, teñida de nuevos significados. De esta forma, la enfermedad misma se convierte, gracias a la labor psicoeducativa, en posibilidad de construir nuevas relaciones familiares y nuevas tramas relacionales de la familia con el equipo de salud.

Se interviene en todos los implicados en el proceso psicoeducativo: el equipo de salud —que sale fortalecido—, el enfermo y su familia. La intervención se hace desde los lugares que hagan posible crea nuevas comprensiones de la enfermedad; por su parte, el lugar del terapeuta está fijado por la relación psicoeducativa. Estas son algunas de las respuestas a los dilemas planteados.

Las premisas de la psicoeducación

La psicoeducación así planteada tendría premisas diferentes de las que emergieron en sus inicios:

1. La experiencia psicoeducativa es un evento de narración que persigue el tejido de una nueva historia para el sujeto que sufre, para su familia y para el equipo de salud. Esto articula con la idea de Hoshmand, quien indica que “las narrativas son unidades de discurso organizadas que tienen como función interna central el relato de una historia” (43-44).
2. El experto reconoce que la familia vive en la dimensión simbólica de la enfermedad; sólo podrá tomar noticia de ella si se involucra en su curso, puesto que su experticia, al ser narrativa, exige relación, relato e historización.
3. Las emociones suscitadas por la vivencia cotidiana con el enfermo y las creencias que tienen éste y su familia nacen del mundo simbólico creado alrededor de la enfermedad, el cual emerge de la experiencia y la historia subjetiva y familiar, así como de la urdimbre cultural de la que hacen parte.
4. El experto reconoce que su experticia es conversacional, lugar desde donde aprende a conocer la vivencia que tiene la familia y el sujeto de su enfermedad.
5. El objetivo de la estabilización de los síntomas y la rehabilitación posible del enfermo en su contexto familiar, social, laboral, etc. se logra mediante la relación entre experto, sujeto enfermo y familia. Este nexos posibilita tejer una nueva historia del padecer. Todos saben que cada uno puede aportar cuando conversa. Ello justifica la psicoeducación.
6. La calidad de las conversaciones es develada por la emergencia de historias de posibilidades particulares a través de la integración de los tres niveles de significado de la enfermedad.
7. El enfermo es restituido a la familia y al proceso. Él se resig-

nifica, narrándose. Así, la psicoeducación ofrece los recursos para que la historia de enajenación a la que ha sido llevado (41) devenga historia de integración subjetiva, familiar y social.

8. El equipo profesional es restituido a su lugar original. Psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas familiares despliegan, alrededor de la promoción de la palabra y la urdimbre de nuevos significados e historias de la enfermedad, todo su potencial terapéutico, sea éste dialógico, farmacológico, pedagógico, etc.

Referencias

1. Belloch A, Sandin B, Ramos F. Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill; 1995.
2. Freeman A, Kaplan H, Sadock B. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Salvat; 1982.
3. Desjarlais R. Salud mental en el mundo. Washington: Paltex-OPS; 1997.
4. Maturana H, Méndez C. Enfermedad mental crónica como trastorno epistemológico. En: Desde la biología a la psicología. 3rd ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1996.
5. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio nacional de salud mental. Bogotá; 2003.
6. Bernstein D, Nietzel M. Introducción a la psicología clínica. México: McGraw-Hill; 1988.
7. Sampson A. Del alma al sujeto: episteme antigua y ciencia moderna en psiquiatría. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2000;29(3):232-241.
8. Foucault M. Enfermedad mental y personalidad. 3rd ed. Buenos Aires: Paidós; 2003.
9. Wallerstein I. Abrir las ciencias sociales: informe de la Comisión Gulbenkian para la Reestructuración de las Ciencias Sociales. Madrid: Siglo XXI; 1996.
10. Betancur M. Esquizofrenia-rehabilitación otro camino. Medellín: Prensa Creativa; 1994.
11. Horner A. Object relations and the development ego in therapy. 2nd ed. New York: Jason Aronson; 1982.
12. Greenberg J, Mitchel S. Objects relations psychoanalytic theory. Madrid: Siglo XXI; 1983.
13. Mitchel S. Relational concepts in psychoanalysis: an integration. Madrid: Siglo XXI; 1993.
14. Guntrip H. El self en la teoría y la terapia psicoanalíticas. Buenos Aires: Amorrortu; 1971.
15. Winnicott D. Realidad y juego. 5ª ed. Barcelona: Gedisa; 1995.
16. Molinari J. Psicología clínica en la posmodernidad: perspectivas desde el construccionismo social. Psykhé. 2003;12(1):3-15.
17. Rosselot F, Carrasco E. Modelos y escuelas de terapia familiar. Mapa histórico de referencia: de familias y terapias. Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar (Santiago de Chile). 1997;5(8):64-87.
18. Haley J. Cambio. Barcelona: Paidós; 1980.
19. Rolland J. Familia, enfermedad y discapacidad. Buenos Aires: Gedisa; 2000.
20. Habermas J. Pensamiento postmetafísico. Madrid: Taurus; 1990.
21. Bedoya Hernández M. Acercamiento a las condiciones de posibilidad de la clínica psicológica. [investigación de maestría]. Medellín: Universidad de San Buenaventura; 2006.
22. Anderson H. Conversación, lenguaje y posibilidad. Buenos Aires: Amorrortu; 1999.
23. Gadamer HG. Verdad y método, I. Salamanca: Sígueme; 1977.
24. Bertrando P, Toffanetti D. Historia de la terapia familia: los personajes y las ideas. Barcelona: Paidós; 2004.
25. McFarlane WR, Dixon L, Luckens E. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. J. Marital Fam Ther. 2003 Apr;29(2):223-45
26. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst. Rev. 2002;(2)

27. Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry*. 2006 Mar;67(3):443-52.
28. Keefer J, Koritar E. Essential elements of a family psychoeducation program in the aftercare of schizophrenia. *J Marital Fam Ther*. 1994;20(4):369-80.
29. Murray Swank AB, Dixon L. Family psychoeducation as an evidence-based practice. *CNS Spectr*. 2004 Dec;9(12):905-12.
30. Colom F, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea J.M, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:402-7.
31. Perry A, Tarrrier N, Morris R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*. 1999 Jun 5;328 (7197):1557-8.
32. Colom F, Vieta E, Reinares M, Goikolea J.M, Martínez-Arán A, Benabarre A, et al. Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disord*. 2004 Aug;6(4):294-8.
33. Penn D, Mueser K. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1996;153(5):607-17.
34. Miklowitz D. Developing family psychoeducational treatments for patients with bipolar and other severe psychiatric disorders: a pathway from basic research to clinical trials. *J Marital Fam Ther*. 1998;24(4):419-35.
35. De Groot L, Lloyd C, King R. An evaluation of a family psychoeducation program in community mental health. *Psychiatr Rehabil J*. 2003 Summer;27(1):18-23.
36. Belloso J, García E, Prado E. Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2000;20(73):23-40.
37. Colom F, Vieta E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Barcelona: ARS Médica; 2004.
38. Lyotard JF. La posmodernidad explicada a los niños. Barcelona: Gedisa; 1996.
39. Vattimo G. Ética de la interpretación. Barcelona: Paidós; 1991.
40. Mardones JM. Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Barcelona: Antropos; 1991.
41. Foucault M. Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas. México: Siglo XXI; 1998.
42. Ricoeur P. Sí mismo como otro. 2ª ed. Madrid: Siglo XXI; 2003.
43. Hoshmand L. La narrativa personal en la construcción comunal del sí mismo y de los asuntos vitales.
44. Neimeyer G. Evaluación constructivista. Barcelona: Paidós; 1993.

Recibido para evaluación: 18 de agosto de 2006

Aceptado para publicación: 14 de noviembre de 2006

Correspondencia

María Victoria Builes Correa

Calle 49B No. 64B-37, consultorio 209

Medellín, Colombia

mbuiles_correa@hotmail.com