

UNIVERSIDAD – VERDAD



REVISTA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY

N° 35

Abril 2005

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Dr. Mario Jaramillo Paredes

RECTOR

Ing. Francisco Salgado Arteaga

VICERRECTOR

Ing. Jacinto Guillén García

DECANO GENERAL DE INVESTIGACIONES

Econ. Carlos Cordero Díaz

DECANO GENERAL ADMINISTRATIVO FINANCIERO

UNIVERSIDAD - VERDAD

Revista de la Universidad del Azuay

Director

Dr. Claudio Malo González

Consejo Editorial

Dr. Oswaldo Encalada Vásquez

Arq. Diego Jaramillo Paredes

Dr. Juan Morales Ordóñez

Este número ha sido preparado por la Psicóloga María Cristina Crespo
Profesora de la Universidad del Azuay

La responsabilidad por las ideas expuestas en esta revista corresponde
exclusivamente a sus autores

Se autoriza la reproducción del material de esta revista siempre que se cite la
fuente

Canjes y donaciones: Biblioteca <<Hernán Malo González>> de la Universidad
del Azuay

Avda. 24 de mayo N° 7-77 y Hernán Malo

www.uazuay.edu.ec

Apartado Postal 981

Teléfono: 2881-333

Cuenca- Ecuador.

SISTEMAS FAMILIARES

CONTENIDO

NOTA DE LOS EDITORES	7
TEORÍA Y PRÁCTICA EN EL CAMPO SISTÉMICO Diego Tapia Figueroa	9
CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA: UNA VISIÓN SISTÉMICA Yolanda Dávila Pontón	35
¿FORMACIÓN O ENTRENAMIENTO EN TERAPIA SISTÉMICA? Sara Beatriz Jutoran	53
UNA ÉTICA PSICOTERAPÉUTICA A PARTIR DEL SER DEL TERAPEUTA Dorys Ortiz Granja	73
ANÁLISIS DE LOS FACTORES SISTÉMICOS Y PSICOSISTÉMICOS, QUE INFLUYEN EN LA SEPARACIÓN Y RUPTURA CONYUGAL María del Carmen Borrero de Muller	93
MUJERES JEFAS DE HOGAR: RETOS Y OPORTUNIDADES Roxana Zevallos Vega Nelly Chong García	131

INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA Y LA PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Jean Ives Hayez	159
ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL ASMA INFANTIL Rossana Sandoval Rivera	191
ADOLESCENTES SUICIDAS: UN ABORDAJE DESDE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Gina Esmeralda Beltrán Baquerizo	213
TIPOS DE FAMILIA DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: INVESTIGACION EN LOS QUINTOS CICLOS DE LA UNIVERSIDAD DELAZUAY Alberto Astudillo Pesántez	237

NOTA DE LOS EDITORES:

John Locke escribió que los seres humanos cuando nacemos somos como un papel en blanco que, a medida que transcurre el tiempo, se llena. A diferencia de los demás integrantes del reino animal en cuya conducta predomina el instinto, nosotros organizamos nuestro comportamiento mediante pautas elaboradas a lo largo de los años que se denominan cultura. En alguna medida, lo que somos como personas depende del entorno humano en el que nos desarrollamos. Si cualquiera de nosotros, a los pocos días de nacido hubiera sido raptado a algún lugar de la China y allí se hubiera desarrollado, no seríamos las mismas personas. Nadie nace con una cultura, nadie nace hablando un idioma, toda esta serie de componentes importantes para desarrollar nuestras facultades los incorporamos a nuestras personas mediante un proceso de aprendizaje. Este proceso se inicia desde los comienzos de la vida a través de las relaciones que mantienen los nuevos seres con la familia de la que forman parte, proceso que en Antropología Cultural se denomina “endoculturación” y que es previo a la ampliación de los entornos sociales a los que se vincula el niño.

Los seres humanos no nacemos hechos, tenemos la capacidad para hacernos condicionados por lo que Ortega y Gasset denomina circunstancia y que, por lo menos en parte, equivale a cultura. Si el desarrollo de las personas está estrechamente vinculado durante parte de la vida a la familia, las características de esta unidad social juegan un muy importante papel en la estructuración de la personalidad. Sin caer en determinismos, las peculiaridades familiares contribuyen a forjar lo que cada quien es y a influir, con más o menos fuerza, en la manera como nos hacemos a lo largo del tiempo. La familia es una unidad dinámica en la que es de

trascendental importancia la interrelación entre sus integrantes. Es posible hablar en cada cultura de variaciones de status y papeles que tienen sus integrantes según sus condiciones de padres, madres e hijos, con el consiguiente peso que la aceptación, alejamiento o contravención que las pautas correspondiente tienen en sus integrantes. La vida social, incluida la familiar, cambia. A los mecanismos de control social que buscan la persistencia de las pautas y valores, se contraponen los de desviación que apuntan hacia cambios consistentes en la introducción de nuevos rasgos con la consiguiente desaparición de otros.

Dentro de este contexto, el funcionamiento de la familia implica conflictos de diversa índole los mismos que pueden ser los normales en esta organización y otros que podrían llegar a la categoría de anormales a causa de su agudización extrema o a la manera inadecuada de solucionarlos. En términos ideales la personalidad de cada individuo, sobre todo en la importantísima etapa de la niñez, se forja en un medio equilibrado que contribuye al desarrollo armónico de las facultades, pero no es raro que anomalías en el funcionamiento de la unidad familiar y desequilibrios en el proceso de interrelación impacten de manera negativa en el desarrollo integral de los hijos contribuyendo al surgimiento de problemas psicológicos que podrían prolongarse por largos años. Ante situaciones como éstas se ha desarrollado desde hace algunos años la terapia familiar en virtud de la cual el profesional en este campo detecta los problemas que influyen en las anomalías de comportamiento y busca soluciones mediante cambios en las conductas de los integrantes de la unidad familiar, o, con un criterio preventivo, tratan de evitar que se produzcan los desequilibrios nocivos.

Esta entrega de Universidad Verdad, aborda problemas relacionados con la terapia familiar con un enfoque sistémico.

TEORÍA Y PRÁCTICA EN EL CAMPO SISTÉMICO

Diego Tapia Figueroa

Magíster en Intervención, Asesoría y Terapia Familiar
Sistémica por la Universidad Politécnica Salesiana
Terapeuta Sistémico del Centro Integral de la Familia de
Ambato

Procesos terapéuticos: procesos éticos

En la psicoterapia convencional y ortodoxa, la pregunta que guía el “interrogatorio” al “paciente” es: ¿por qué? La búsqueda de una explicación de la causa del problema; una explicación lógica, racional, legitimada por la cosmovisión dominante. Un razonamiento lineal de causalidad. Y, en el que el poder del ¿por qué? está sólo en manos del “experto”. De otro lado, en el campo sistémico la escucha, la mirada, la conversación y el diálogo son integrales, holísticos. Y, no se pregunta ¿por qué? sino ¿cómo así? o ¿qué hace que? En lugar de preguntar, por ejemplo: ¿por qué acepta esa relación? (lo que conlleva de paso un juicio de valor), se pregunta al paciente o consultante: ¿cómo así acepta esa relación? o ¿qué hace que acepte esa relación?. Otro ejemplo: un niño llora; la pregunta autoritaria es: ¿por qué lloras?. De esta forma se le invita a racionalizar sus emociones, a alienarse de ellas, a buscar justificaciones pseudo razonables a sus sentimientos. Lo distinto en cambio suena así: ¿qué te hace llorar?; ¿cómo así lloras?; es una apertura a escuchar con empatía, a crear alternativas nuevas para la humanización, a que esta persona conecte sus sentimientos y pensamientos; a que se establezcan relaciones significativas; que pueda contar sus experiencias y sus ideas con libertad. Mientras el por qué es una pregunta que se queda en la coyuntura de la anécdota, en el contenido causal; las preguntas de “**cómo así**” y “**qué hace que**”, implican una perspectiva del proceso relacional, permiten narrar las experiencias empoderándose, abren los contextos y contribuyen a la creación de nuevas posibilidades para una conversación generadora.

Como lo ha explicado la psicoterapeuta sistémica Harlene Anderson (1999), el terapeuta no es el mecánico que compone una máquina rota, sino que es una persona interesada, *“con capacidad de hacer preguntas que van a llevar a conocimientos nuevos de la forma en que se construye la historia”*. Es decir, salimos de los prejuicios clínicos convencionales, de una ideología dominante, que tienden a patologizar las diferencias, y pretenden “arreglar” y “componer” a los seres humanos. Ya lo decía el filósofo Ludwig Wittgenstein: no hay por qué aceptar, repetir ni legitimar *“esa forma de no pensamiento que son los prejuicios”*.

El problema es lo no dicho; el desafío terapéutico es ayudar a que las personas decidan asumir la responsabilidad de decir la verdad, a sí mismos y a los otros. Que no acepten la tiranía de lo no dicho o de los discursos dominantes impuestos. *Que puedan decir SÍ cuando de verdad quieran decir SÍ, y a decir No cuando de verdad quieran decir NO*, independientemente de que guste o no a los otros, por importantes y queridos que sean.

Es hablar desde lo verdadero, buscar de forma colaborativa alternativas constructivas sin la domesticación de tips mágicos y recetas unilaterales válidas para todos. Queremos cocrear congruencia: *lo que se piensa se dice y lo que se dice se hace*; favoreciendo la autenticidad, la autonomía y la independencia.

El psicoterapeuta sistémico noruego Tom Andersen (2003), pregunta: *¿Saben lo que las personas buscan en la terapia? ¿Se imaginan qué esperan de la relación terapéutica?*. Lo que buscan y lo que esperan es, ser tratados con gentileza. Qué se los escuche con gentileza; que se les pregunte con gentileza. Y agrega: *Se trata de construir una relación en la que uno podría decir: puedo estar con el otro de tal manera que el otro sea la persona que quiere ser en esa situación y*

en ese momento. La actitud y el proceso que propone es: *Quiero hablar con la gente como no se han hablado a sí mismos o entre sí...* No hablamos a los clientes o para los clientes; hablamos **con** los clientes y hacemos cosas **con** los clientes... ¿Cómo quiero ser con otros? Y ¿Cómo quiero que sean ellos conmigo? Hablar de modo diferente supone, entre otras cosas, escuchar de modo diferente. Quiero comprender y quiero ofrecer comprensión. Esta forma de trabajar significa un profundo *respeto* por la gente, basado en la *ética*.

Una terapia ética, del tipo que sea, se debería fundamentar en la confianza, la sólida autenticidad y la claridad conceptual. Existe la posibilidad, para consultantes y terapeutas de desarrollar nuevas verdades para sí mismos, sólo comenzando con la verdad actual de su experiencia, de su relación terapéutica. La ética significa, de manera simple, clara y directa: uno es cuando actúa; uno es lo que hace. El axioma de que la terapia funcionará si usted (terapeuta) funciona es bastante cierto. El camino que recorran los consultantes, lo recorreré también yo como terapeuta, en el sistema terapéutico construido en esta relación. Su crecimiento y su cambio significarán también los míos. La conciencia de los límites que es necesario respetar en el proceso psicoterapéutico marcará la diferencia en la calidad clínica y humana de este encuentro.

Por ética profesional investigamos, aprendemos, estudiamos, para crecer. Nos ayudamos por medio de la flexibilidad y de la curiosidad. La cuestión es: ¿Cómo poner el ser del terapeuta al servicio del proceso del cliente?

La ética ya está clara desde el encuadre mismo de la primera sesión; por ejemplo, decirle al consultante así: "Aquí hablamos del dolor, de las cosas difíciles; el espacio de la terapia no es un jardín de rosas. Es un espacio de libertad;

un espacio para su palabra verdadera, no para la palabra vacía.... También: A ratos siento como que usted cree que yo tengo una respuesta. No la tengo. Más bien, cuénteme desde cuándo se siente sin recursos propios... Los consejos no sirven. ¿Tal vez usted mismo, dentro de sí, a veces no sabe preguntarse?”

La información sin integración en el nivel personal y profesional, no es ética. Nuestra responsabilidad como terapeutas se define en tres aspectos: capacitación-formación, supervisión y actualización permanentes. La ética profesional del terapeuta, significa el respeto a los derechos del consultante. La información es para facilitar el crecimiento. La ética profesional significa ayudar a que el consultante desarrolle sus propios recursos (no protegiéndole), para que no dependa del terapeuta. La ética es ajena a cualquier tipo de imposición autoritaria. Lo que nosotros “debemos” es, fundamentalmente, lo que nosotros amamos, deseamos, queremos conseguir; son los principios que contribuyen a nuestra realización personal y comunitaria.

Como escribió el poeta Antonio Machado: *“por mucho que valga un hombre, nunca tendrá valor más alto que el de ser hombre”*. Es decir: el supremo valor es la persona. Hacer el bien es vivir auténticamente como hombre, es “ser fiel a sí mismo”, a las llamadas más profundas del propio ser. José Antonio Marina dice: *“...la ética es lo más creador que la inteligencia piensa cuando piensa en el modo de vivir”*.

Es importante hablar el lenguaje de la responsabilidad, que permite asumir una postura responsable, en la que se tienen en cuenta todos los factores y se les da el peso que se merecen. Lenguaje claro y responsabilidad personal van indisolublemente juntos. Y es responsabilidad del terapeuta modelar esta actitud.

Respetar lo que se engendra

Todas las maneras de herir a un niño, pueden resumirse en la pérdida de su identidad. Esto es la herida espiritual. La persona herida, no puede tener el recuerdo *del placer del yo soy*. Si no curamos a nuestro niño herido, mal podemos modelar a nuestros hijos. Recordemos las palabras de esa gran psicoanalista francesa Françoise Dolto: *“hay que saber respetar lo que se engendra...el niño es una persona, un ser humano...se trata de liberar la verbalización de los afectos y posibilitar la libre expresión de los sentimientos y emociones...la responsabilidad de los adultos es proteger y educar con amor a los hijos para la libertad; tener confianza en la vida...padres y madres sólo tienen deberes, obligaciones y responsabilidades en relación con sus hijos e hijas, y ningún derecho, hasta que sus hijos sean mayores de edad, lo cual no implica que deban sacrificarse...el deber más importante que tenemos hacia nuestros hijos, después de protegerles y alimentarles, es el de ser felices...”*.

El niño necesita la mirada del otro, la confianza básica; que es digno de ser amado. Un equilibrio entre autonomía y duda. La libertad sin que se hiera el vínculo, sin que se rompa el puente. Que las figuras significativas provean la protección, el tiempo, el cuidado, una firmeza tranquilizadora. La seguridad que el niño pueda hacer lo que quiera sin romper el vínculo. Que el niño sienta y sepa que es protegido, respetado, aceptado y amado incondicionalmente.

Una buena pregunta en terapia puede ser: *¿Qué cree que es lo que pide, que no recibió en su niñez?* Se trata de poner una experiencia reparadora, sanadora. Para el terapeuta, lo más importante es conectarse con el propio ser. Y conectarse en el ser del otro, en su miedo, en su ansiedad. *De lo que se trata es de que cada uno asuma emocionalmente su puesto en el mundo.*

Mi pregunta como terapeuta, es: ¿Qué puedo hacer yo, para hacer algo diferente? Toda persona tiene recursos en su propia historia personal. El rol del terapeuta es incentivar el uso de esos recursos en el contexto apropiado. Estimular el desarrollo de relaciones basadas en la intimidad. *La intimidad es exponerse totalmente al otro y aceptar al otro sin encubrimiento.*

Mis profesores/as y supervisoras/es han insistido con razón, en una certeza: “Nadie podrá llegar más allá, de donde tú como terapeuta, has llegado”. La contratransferencia es ese sentir que siento en mí; frente al cual debo preguntarme: ¿Cómo puedo utilizarlo para responder y acompañar el proceso familiar? El ser es aquello que llamamos conciencia de ser valiosos, de estar conectados.

Como terapeuta me preguntaré: ¿Cómo me conecté desde mi centro, desde mi ser, con la familia, con la pareja, el cliente; desde la perspectiva sistémica?; ¿Si me imagino que esta es mi historia: cómo me sentiría en el lugar del otro, del cliente? Concientizar mi propia vulnerabilidad: ¿Qué se movilizó de esta vulnerabilidad en esta sesión?, ¿Qué me ayudó para tranquilizar esta vulnerabilidad?

La mejor manera de tener alternativas: cambiar mi conciencia. *Se trata de buscar más alternativas; no repetirse en lo mismo.* Es trabajar en crear. Tener otras alternativas en la vida, para hacer algo distinto. Se trata de hablar al inconsciente, porque tiene más reservas y opciones. Preguntarnos: ¿Cómo podemos cambiar adentro?. Si podemos abrir la jaula que tenemos dentro, buscaremos otras alternativas. Romper la rigidez. Tal vez llegar a decidir entre estas dos respuestas: cambiar o no cambiar; buscar o no buscar. La diferencia es: ¿Cuál es mi posición en la vida?

Es necesario que el consultante salga de la sesión movilizado, no desestructurado, pero sí con algún desafío.

Como terapeuta me interrogo: ¿Es que se trata de ayudarlo a que sea un ser más adaptado, o más verdadero?

Se trata de que el consultante, al escucharse, vaya descubriendo, mirando las cosas, pensando con su propia cabeza. Este es el sentido de las preguntas; que al hacer el discurso, el cliente haga otro tipo de relaciones. Es otro nivel, que incide para un cambio posible.

Ganar por dar; y, así ganar por generosidad mi libertad

En la terapia, tenemos que nombrar la ilusión. Es importante nombrar la ilusión de la gratificación de los deseos infantiles; y, después hacer el luto. Es además, nombrar y aceptar la responsabilidad.

¿Qué debe ocurrir para que la persona cambie de calles?:

El proceso de reconocer que existen estos huecos. La calle se llama deseo de encontrar una relación de dependencia, más que una relación a nivel adulto (es a nivel inconsciente). Es un deseo. Y la pregunta es: ¿De qué manera sacar este deseo? Esta repetición ocurre por medio de la proyección. Este proyectar mi deseo, que se convertirá en tragedia. No sirve inculpar a los demás, sino admitir nuestro dolor.

Se trata de reconocer, sentir y dejar este dolor, este deseo falso. Este proceso involucra el duelo. Considerar la pérdida del vínculo, de los sueños. Tengo que reconocer y renunciar. Es un sueño de un dolor que no fue procesado, no el sueño de un adulto. El duelo es un proceso. La recuperación involucra la renuncia. Involucra una conversión total: en lugar de caminar por esta calle, elegir esta otra calle, nueva.

Para empezar a hacer el duelo, necesitamos:

- 1) Identificar nuestras pérdidas (¿cuáles son?)
- 2) Identificar nuestras necesidades (¿llenar mi vacío?)
- 3) Identificar nuestros sentimientos y compartirlos (¿enfrentar? ¿escapar?)
- 4) Trabajar en los asuntos centrales (¿Qué es mi basura, que voy a traer a esta relación?; ¿Cuál es mi herida, con la que voy a sabotear esta relación?)
- 5) Trabajar en un programa de recuperación.

Que la persona llegue a asimilar, sobre el otro: “No es su responsabilidad llenar mi vacío”. Y: “Fuimos amigos juntos. Caminar, caminamos juntos, pero no fusionados”. Preguntarle al cliente: ¿De qué manera puedes llegar a este proceso de sanación? *El desafío es escoger la vida. Pero la vida involucra un proceso de enfrentar dolores.*

Parece que un aspecto fundamental de la responsabilidad del terapeuta es actuar con el objetivo de crear diferencias o novedades. Así como el lograr cambiar la manera de observar.

Es importante preguntarse: ¿Cómo la persona se puede motivar para dar de sí? Una esperanza realista es que todos los seres humanos puedan beneficiarse con la capacidad de dar de sí. *Los recursos que queremos movilizar son, en la una parte, la posibilidad de dar algo, y en la otra parte, que pueda recibir.*

Es una ética relacional: el equilibrio entre lo que se da y lo que se recibe entre dos personas. Los recursos provenientes de la ética relacional: cuando el uno se beneficia al dar, y el otro al recibir. Arriesgarse para beneficiar la relación. El riesgo de comprometerse. Arriesgarse a dar, es

la ética relacional. La terapia debe ayudar a que la persona sea leal directamente: que pueda afrontar el costo, y al mismo tiempo que no sienta la necesidad de sabotear la relación; es el objetivo que tenemos. Le doy al otro la posibilidad de que dé algo, pero no ejerzo control sobre si acepta esta libertad.

El rol del terapeuta es el de escoger la opción, en ese momento, *de ganar por dar; y, así ganar por generosidad mi libertad*. Se trata de ayudar a crear las condiciones para llegar a ese momento de dar constructivamente en lugar de exigir recibir. Ayudar a que uno pueda dar, a fin de que la persona que da, reciba los beneficios de poder dar; y, la persona que reciba, reciba los beneficios de recibir.

La terapia: simplemente ser

Se trata, entonces, de permitir (a la persona, pareja o familia) experiencias nuevas; aprender, cambiar y crecer. Lo que hemos aprendido lo podemos desaprender, y podemos aprender permanentemente cosas nuevas; que nos ubiquen dentro de la dignidad humana. Es preguntarse: ¿Cómo apoyar el proceso de reconstrucción del otro? ¿Cómo sostener la esperanza?. Explica Alice Miller (1992): *“El objetivo de la terapia es hacer hablar y sentir al niño que hay en nosotros y que un día enmudeció. Poco a poco se ha de revocar la proscripción que pesa sobre su saber, y en el curso de ese proceso, al hacerse visibles los tormentos sufridos en el pasado y las rejas de la cárcel en la que aún se halla, la persona ha de descubrir, a un tiempo, su propio yo y su sepultada capacidad de amar”*. Y También: *“El sentido de la terapia no es enmendar el destino de la persona, sino posibilitarle el encuentro con su propio destino y el duelo en torno a éste. La persona debe poder encontrar en sí mismo sus sentimientos tempranos reprimidos, a fin de vivir conscientemente la manipulación inconsciente y el menosprecio de sus padres, y verse libre de ellos”*.

Podemos imaginar el ser del terapeuta como el canal de sanación que puede ser utilizado por el niño maravilloso de cada uno. El terapeuta es un mediador de la reconexión con la fuente sanadora, que está en la misma persona. *Tal vez el objetivo de la terapia sea simplemente ser.* Desarrollar nuestra personalidad o nuestra capacidad para ser lo que somos, en todo momento, en todo lugar. Ser uno mismo supone saber decir “no”. La interrogante constante es: ¿Cómo hacer que la persona diga su palabra propia, su palabra verdadera?

Parte del trabajo del terapeuta es ayudar a identificar los vacíos que tienen dentro. Es escuchar los objetos del pasado, los niños internos que se sienten inseguros. La verdad es: nadie puede llenar tu vacío. Es ayudar a caminar a los niños interiores. Es tener conciencia de que la responsabilidad para manejar mis frustraciones es mía, pero no es fácil, porque esas frustraciones tienen una historia.

Lo que el ser humano busca es una relación para ser amado. Y, mientras esto no suceda, este ser humano permanece buscando quien le quiera incondicionalmente. Estos problemas no resueltos con los padres se proyectan en la relación con la pareja, y en la relación con uno mismo. Si el objeto que está fuera está idealizado, la parte mala de este objeto, será proyectado por la persona, en el otro o en sí misma.

Buscamos crear un ambiente seguro para que las personas puedan evaluarse, y entender cuál es el enganche con sus problemas no resueltos con la familia de origen, aquello que les hace reaccionar reactivamente. Y hacerlo de una manera que permita mantener un vínculo con la persona, sin castigarla. Ojalá podamos compartir sueños distintos con las familias que sufren. Es importante comunicar un sentido de esperanza y paciencia, y de ideas reales. La terapia implica

procesos de reaprender y desaprender. El arte de la terapia consiste también en imaginar; cocrear con los sistemas vínculos que signifiquen que hagan lo que hagan: ganen. Que las personas superen, por ejemplo, su vergüenza tóxica, que permanece recurrente, como una señal de ese no haber podido ser.

El respeto mutuo es clave, y significa que cada persona es responsable de su vida (no necesitamos salvar a nadie). En terapia familiar sistémica no hay enfermedades, hay relaciones que no funcionan. Busco procesos liberadores. El proceso de terapia es un diálogo evolutivo y transformador del que se sienten responsables por igual tanto las personas que piden ayuda como el terapeuta. Donde se garantiza la libertad de expresión y acción, y se permite un diálogo en búsqueda de sentido.

El cambio humano se produce sobre todo, más que por las técnicas empleadas, por el significado que surge luego de su uso en el proceso terapéutico. Cuando hablo de un modelo terapéutico que me orienta en mi trabajo, más que a una escuela, me refiero a que *busco un modelo de recursos, opuesto a un modelo de déficit*. Aun en las personas más duras hay algo positivo. Si sólo veo lo que hace mal, no le doy muchas oportunidades de esperanza.

El terapeuta modela otro tipo de relaciones para la familia; sin ansiedad, propone otro estilo a la familia. Si el terapeuta trabaja en su propio cambio, en su propia diferenciación, da una nueva pauta a la familia. Si el terapeuta cambia su historia, ayudará en los caminos de construir otras narraciones a las familias. El trabajo del terapeuta es ayudar para que las personas sean capaces de encontrar su propósito, su potencial. Es concebir la terapia como el ejercicio que se hace realidad en el ser del terapeuta. En terapia, de lo que se trata, es que la persona asuma su vida, como protagonista de cualquier acto que realice.

Como terapeuta puedo ayudar a que la persona halle su unidad dinámica de persona social responsable, liberándose mediante un relato veraz de sí misma. Esta nueva historia le devuelve a su estructura de ser humano auténtico. Como terapeuta debo tener una cabal comprensión, desde una perspectiva bio-sico-socio-cultural-espiritual de las dinámicas reales de los conflictos de los sistemas familiares; integrar en esta visión la especificidad del contexto de la realidad ecuatoriana; manejar varias dimensiones para comprender los conflictos, no una sola. Mi rol como terapeuta es facilitar su crecimiento personal; y, sobre todo el cambio que decidan hacer.

Con frecuencia, preferimos creer que el conflicto es externo, sin embargo, el problema no es siempre el externo, el aparente. Muchas veces el conflicto es el triángulo que tenemos dentro. Como terapeuta, miro qué está pasando, sin minimizar el problema, pero sí permitiéndome explorar qué está pasando en la comunicación, en el sistema familiar, en el proceso de las relaciones familiares.

El desafío es percibir los dos procesos que se dan: el personal y el terapéutico. Lo que se puede movilizar, lo que puede tener resonancia en mí, ahora con los consultantes. Por ejemplo, en la terapia de pareja, *la contratransferencia*, me permite entender, que frente a mí, no están dos individuos, sino está una relación. La pareja son dos individuos; es un sistema. El sistema es la psique. Y dentro de cada psique, están sus familias de origen. Para entender qué pasó, me pregunto: ¿Qué evoca esta dinámica dentro de mí? ¿De dónde viene este esfuerzo por solucionar los problemas de esta pareja? Tal vez, la pareja ha evocado la pareja interiorizada, idealizada (padre-madre)? Y busco clarificar: ¿Cuáles son las parejas dentro de mí?; ¿Cuál de ellas proyectamos? Se trata de hacer sentido de la dificultad personal del terapeuta.

Con mis consultantes me pregunto, cada vez: *¿Qué aprendí de importante para mí, de esta persona, de esta relación, de esta familia?* ¿Qué relación cercana, mía, en mi vida personal, tiene vinculación con este problema, y puede influir como una imagen, en mi contratransferencia? Y otra pregunta central: *¿Estoy en la vida solo para vivir, o para crecer?*

La actitud de esperanza en terapia genera cambios

El terapeuta ayuda a la gente a concretizar y clarificar sus preguntas vitales, para que puedan desarrollar con sus propios recursos, su verdadero potencial. Yo les pregunto, por ejemplo: *¿Qué quiere hacer con su vida?, ¿Qué propósito tiene para usted su vida?, ¿Cómo puede hacer estos cambios?, ¿Qué le ha dado resultado en el pasado?, ¿Qué es diferente ahora?*

A partir de mis propias dificultades, puedo entender cómo viven las familias que vienen a terapia, cómo viven sus problemas. Cuando trabajo en terapia, constantemente me hago varias de las siguientes preguntas:

¿Hay mucha bulla interna en mí, mientras trato de jugar el rol del terapeuta? ¿Qué pasa conmigo? ¿Qué pasa si cometo errores? ¿Cómo me afecta el problema de esta persona?

¿Si me pongo en esa posición: frente a quién me pondría en esa posición?

¿Si yo no soy la “estrellita”, quién se deprime, quién va a sufrir?

¿Quién me impide aceptar esto?

¿Qué me ayudaría a flexibilizar este súper yo?

¿Qué me ayuda de mis clientes para que reconozca mis errores?

¿Qué emociones mueven a este sistema relacional,

emocional? ¿Y, cuáles a mí como terapeuta?
¿En dónde la historia de esta familia, o de este cliente, se cruza con la mía?
¿Qué me puede ayudar a mí, como terapeuta, para diferenciarme del cliente?
¿Cuánto permito que el dolor me enseñe?

Carlos Sluzki, terapeuta sistémico estadounidense (2.000) sostiene que el problema es “*cómo transformar un drama, que generalmente paraliza a la gente. Transformarlo en exploración, que por el contrario libera a las personas permitiéndoles realizar nuevos saltos hacia nuevos cambios*”.

Como parte de esta necesaria democratización de un saber, que no debe quedar “guetizado”, ni convertirse en una ortodoxia dogmática y sectaria, sino transformarse en un diálogo abierto, una posibilidad de pensar, hacer y sentir distinto, me interesa ayudar a las familias ecuatorianas en su propio proceso de humanización. Sin duda, mi idea del rol del terapeuta es la de alguien con quien se puede contar, humana y profesionalmente. Alguien que se interroga sobre la totalidad y la complejidad, y que acepta una perpetua renovación; un sembrador de esperanza.

Se trata de facilitar la conciencia de la grandeza de cada persona. Se trata de facilitar en las familias el sentido de su grandeza; y, eso es la espiritualidad. La espiritualidad como un recurso, como una manera de entrar. Trabajamos en la pobreza interior, para facilitar la recreación de su ser. *El terapeuta no ayuda a cambiar porque sabe, sino porque es.* La terapia no es una técnica, sino un encuentro real entre dos seres que tratan de no perder nada de su realidad propia y recíproca...El desafío que quiero asumir como terapeuta (y compartir con mis consultantes) es que hayamos sentido la autorización para existir como deseo.

En mi trabajo terapéutico suelo pedir a los/las consultantes que escriban cartas. De estas cartas se desprende que permanece su niño interior herido. Que queda herido permanentemente, sin importar la edad. Es como que estas personas, siguen buscando la validación en algo externo a sí mismas. Y le dicen al otro: el poder de mi vida lo tienes tú.

El psicoterapeuta australiano Michael White (2003), uno de los creadores del modelo narrativo sostiene que las personas dan *sentido* a sus *vidas y relaciones relatando* su experiencia y que, al *interactuar con otros* en la representación de estos relatos, *modelan* sus propias vidas y relaciones. No son la persona ni la relación las que constituyen el problema. Es el problema lo que es el problema, y por lo tanto *la relación de la persona con él se convierte en el problema*.

Ante la pregunta de qué actitud es necesaria en el terapeuta, Michael White contestó: **la curiosidad** que trasciende las versiones totalizadoras que las personas tienen de su vida y que trascienden aquellas prácticas dominantes del yo y sus relaciones. Cita a Michel Foucault: *“La curiosidad es un vicio que ha sido estigmatizado sucesivamente por el cristianismo, por cierta filosofía y hasta por cierta concepción de las ciencias. Curiosidad es una palabra que me gusta. Evoca interés, evoca el cuidado que uno tiene por lo que existe y lo que pudiera existir, una disposición a encontrar extraño y singular lo que nos rodea, cierto impulso implacable a irrumpir en las cosas familiares y mirar de manera diferente las mismas cosas, un fervor de captar lo que ocurre y lo que pasa, una contingencia frente a las tradicionales jerarquías de lo importante y lo esencial”*.

Dice White: mi rol como terapeuta no es imponer conocimientos, ni enseñar habilidades ni estrategias. Mi rol es establecer *una conversación terapéutica para visibilizar*

conocimientos y habilidades, que las personas se familiaricen con sus cualidades, cualidades que están en su historia vital. De hecho las personas tienen múltiples conocimientos y habilidades, y múltiples historias. No hay una sola historia. Mi tarea como terapeuta es crear un contexto terapéutico donde otras historias sobre la vida y la identidad pueden sacarse de las sombras y dejar de ser invisibles. La terapia como un contexto donde es posible entrar en algunos territorios de su vida en la que no han entrado o no recuerdan. Mi tarea es crearle un andamio para entrar en estas historias y territorios de su vida. Mis preguntas son el andamio. Preguntas que signifiquen posibilidades movilizadoras de esperanza. Nosotros somos responsables de los resultados de nuestras preguntas.

Y White agrega: *la gente vive según las historias que se cuenten de su vida. Me interesa una conversación terapéutica para darle la reautoría de su propia vida a la persona. Como terapeuta no puedo saber ni el camino, ni a donde quiero llegar antes de la conversación. Sé que llegaremos a un camino inimaginable: esto es estimulante y fascinante. La terapia narrativa es una conversación zigzagueante que se va enriqueciendo más y más. Una cuestión que hay que plantearse: ¿Cómo el lenguaje del terapeuta, hecho pregunta inteligente y respetuosa, expande el lenguaje del consultante y le da confianza y seguridad para sus propias y nuevas interrogaciones, conclusiones y reescrituras?.*

Concluye White: se trata de ponerse como terapeuta en una posición de poder explorar con los clientes la historia y las múltiples historias de su vida, que dé y den cuenta del derecho que tienen a una buena vida. Trabajo con historias de esperanza, amor, colaboración. *Parto de la premisa de que después de cada encuentro con un cliente, me voy siendo más de lo que en el inicio era.*

La actitud de esperanza frente a los consultantes es fundamental para el éxito de la terapia. Lo primero que tenemos que ayudar a generar es la motivación del consultante; y, mantenerlos motivados para cambiar. Como terapeuta me cuestiono: ¿Qué necesito yo para mantenerme dentro de la relación para que puedan hablar en términos de “yo”?

Identificar y potenciar las fortalezas

Es clave el identificar las fortalezas de la familia. La familia puede abrumarnos si no nos esforzamos en descubrir alguna fortaleza. Me pregunto siempre (Tapia Figueroa, 2002): ¿Cuáles son las fortalezas que puedo facilitar en esta persona, pareja o familia? La resiliencia debe ser potenciada. La resiliencia es la capacidad de redirigirse, y salir de la adversidad más fortalecido y con más recursos. Es un proceso activo de paciencia, autocorrección y crecimiento fuera de la crisis o los persistentes desafíos de la vida.

Nuestra meta es explorar la capacidad de resiliencia de la gente, para abrir la puerta que ahora está bloqueada. La capacidad dentro de la persona y dentro del sistema familiar, para ayudar a las personas a reaccionar a las situaciones.

Les diré, por ejemplo: “Me asombra cómo han podido mantener su relación con estas dificultades...; y contar con estas fortalezas. Cuéntenme: ¿cómo han hecho?”. Una pregunta movilizadora es: ¿Cuáles de las fortalezas de su padre, de su madre, también tiene usted? Así es posible identificarse en lo positivo.

Hay una gran diferencia entre lo que el consultante quiere, y lo que quiere el terapeuta para ese consultante. Se trata de dejar que las personas hagan el trabajo que ellas quieran hacer, responsabilizándose. Preguntándoles, por

ejemplo: ¿Qué fue lo que les ayudó durante este período, este proceso, a superar este conflicto? Es importante:

- a) Que la persona reconozca que puede hablar
- b) Que es validada
- c) Que descubra sus recursos.

*La actitud fundamental del terapeuta: **empatía**.* Hay que abstenerse de enviar mensajes que lleven alguna clase de prejuicios implícitos o no. Lo que uno es determina no solo lo que uno busca, sino también, en parte, lo que uno puede ver.

Se trata de respetar los momentos del consultante, para elegir el tipo de preguntas, y de relación terapéutica. Y me ha parecido muy interesante, la actitud positiva que se desprende de las familias o personas, cuando van respondiendo. Es una reflexión en positivo sobre su proceso.

Sostiene el psicoterapeuta sistémico chileno Marcelo Pakman (1998):

“Un diálogo reflexivo como éste tiene la potencialidad de constituir una práctica descolonizadora no sólo para ellos sino también para nosotros mismos. Eso y la risa. Una mente colonizada es la que respeta la solidez del mundo tal como es postulado por el colonizador (incluyendo sus valores). Y el colonizador somos nosotros mismos siempre que perdemos una postura reflexiva, pues aceptamos una organización social de la interacción que restringe nuestras posibilidades de actuar y mantiene el status quo. Una práctica descolonizadora genera una dimensión espiritual en la cual la solidez del mundo es cuestionada y ‘se disuelve en el aire’. La terapia como práctica social crítica de la normalidad tiene un papel descolonizador que jugar, tanto político como espiritual...Una organización de sujetos humanos sólo

se mantiene a sí misma como tal en la medida en que encarne un proyecto utópico, no como objetivo futuro, sino como virtualidad en el presente; no como ideal, sino como fundamento básico de algo digno de llamarse humano: la construcción cotidiana de un espacio espiritual.”

Con frecuencia reflexiono sobre ciertos aspectos importantes para mí, como, por ejemplo: ¿Por qué estoy en este mundo? ¿Qué propósito tengo? y, en tres planos: 1) presente: ¿quién soy yo?; 2) pasado: ¿qué es mi experiencia y qué significado tiene para mí; 3) futuro: ¿qué sueño propio me nutre?

Tal vez, mi propósito es la autoconciencia. Si yo crezco dentro de mí, estaré modelando otro nivel a las familias y a los clientes. Más autoconciencia significa que estoy cambiando mi pasado y presente (aceptándolo, superándolo), y así mi futuro será distinto. Así el futuro será presente.

La terapia familiar sistémica y la comunicación diferente

Comunicar es poner en común; y poner en común es el acto que nos constituye. La primera condición de toda comunicación es el respeto. El corazón del problema al que hay que ir y que nos afecta a todos y cada uno es: *llegar a ser uno mismo*. La autoestima no depende de llegar a ser o tener esto o aquello, sino de aprender a gozar de lo que uno es. A vivir sin culpabilizarse; la culpa sólo genera ansiedad y confusión. *El desafío es desarrollar una relación más íntima con la propia humanidad.*

La maduración es posible cuando las personas pueden:

- > *hacerse cargo de sí mismos;*
- > *no culpar a los otros;*
- > *tratar de satisfacer sus propias necesidades.*

Una idea del terapeuta sistémico estadounidense Carl Whitaker que me parece sugestiva es que *el terapeuta comparte mundos simbólicos, para sembrar algo diferente en el inconsciente*. En ocasiones como que mi rol de terapeuta es el de ser como el profesor de música: primero hay que tener fuerza para que la persona aprenda; luego confrontar; “exigir”; cuestionar; modelar. Para que después la persona toque su propia música. Y no hay que olvidar que la dinámica de la terapia, descansa en la persona del terapeuta, en su ser.

Poco a poco he ido comprendiendo que no tengo la responsabilidad de cambiar a los otros. Mi responsabilidad es cambiar mis patrones, para cambiar mis respuestas. No tengo la responsabilidad de salvar a los otros. Cada uno se salva a sí mismo. El salvador pretende cargar artificialmente la cruz de los otros.

La psicoterapeuta sistémica argentina Dora Fried Schnitman (2003), (una de las más lúcidas y prestigiosas exponentes a nivel mundial del construccionismo social, de su epistemología), ante mi pregunta de qué buscaba con su trabajo, me respondió: *El desafío es la creación de lo que no existe aún, más allá de las posibilidades disponibles*; la construcción de lo que todavía no existe, de lo posible, lo nuevo y diferente; la apertura a la expansión de nuevas posibilidades y alternativas. Me interesa trabajar en lo que puede ser, en la construcción de espacios y contextos virtuales que abran opciones nuevas. Imaginar creativamente otras realidades.

Dora sostiene: las conversaciones terapéuticas contribuyen a modificar las dinámicas relacionales e

interactivas que sostienen el problema. Parten de la dificultad de la familia para encontrar soluciones adaptativas en presencia de un problema. *El objetivo es crear nuevas condiciones relacionales dentro de las cuales las familias puedan generar sus propios recursos...* Esta posición involucra una apertura hacia lo nuevo, lo inesperado. Para el terapeuta la pregunta es cómo construir alternativas en situaciones aparentemente cerradas (cómo promover soluciones creativas que construyan nuevas realidades).

¿De qué recursos disponemos para abordar lo diferente? Al menos una importante posibilidad está sugerida por el *construccionismo social que otorga al diálogo –sea interno o externo- un carácter transformador. Puede considerarse un diálogo transformador a todo tipo de intercambio que logra modificar una relación entre personas comprometidas con realidades diferentes y/o conflictivas (y con sus prácticas conexas) dando lugar a una relación en la que puedan construirse alternativas, realidades comunes y consolidadoras.* En este marco, son cruciales las maneras en que utilizamos el lenguaje para realizar síntesis, distinciones, promover reencuadramientos, realizar o deconstruir coordinaciones, construir espacios y dispositivos mediadores como parte de un conjunto de procesos generativos.

La terapia no puede ser vista como un tratamiento, sino como una conversación mutua a través de la cual puede nacer una nueva realidad. Si el terapeuta trabaja adecuadamente, las familias que llegan enojadas, angustiadas y tristes deberán salir de la terapia, más esperanzadas.

La integridad del terapeuta no se basa en una irrealidad. El terapeuta ético, puede ser real en la vida real. Como terapeuta me pregunto: *¿Cómo puedo ayudar a dar a esta persona todo el respeto y dignidad que se merece, comprendiendo el contexto?*

Mi rol como terapeuta es el de desarrollar un trabajo honrado, claro y con apertura a lo nuevo. Busco confrontar a los clientes con la mitología que hace un proceso, digamos de víctimas. Por ejemplo, decirle a una víctima de abuso sexual: *“Usted no es su abuso”*; puede permitirle diferenciarse de un hecho criminal, asumirse como persona, no aceptar la mirada cruel e injusta y darse el permiso de volver a la órbita de la dignidad humana.

Los descubrimientos y los cambios que resultan de la conversación terapéutica son necesariamente propiedad de la familia consultante, es el resultado de su propia participación única en la coevolución de las ideas que se fueron dando entre el terapeuta y la familia en el curso de la entrevista. Esto tiene que ver con la necesidad del uso del ser del terapeuta, es decir: para decodificar y recontextualizar y connotar positivamente los interrelacionamientos de los afectos significativos.

En esta nueva perspectiva personal, los consultantes comienzan a sentir que se les provoca una actitud diferente hacia la realidad, con la exploración y descubrimientos de nuevas posibilidades de relaciones y experiencias. Van asumiendo la conciencia de los derechos y responsabilidades de ser creadores y participantes de su propia historia.

Es útil tener claro que nunca podemos conocer al otro “totalmente”. En muchos aspectos, somos un misterio los unos para los otros. Y es un misterio a ser respetado, comprendido, aceptado. Es el respeto en la sabiduría del otro en las elecciones que hace, en las decisiones que toma. El otro es un ser en transformación, movimiento, cambio. Y esto hay que saberlo valorar en una relación.

Virginia Satir, terapeuta sistémica estadounidense, habla de salud integral: trabajar con todas las partes de la

persona, con su ambiente, con su contexto. Cuando hay sistemas, siempre hay otra oportunidad, hay desarrollos, cambios, hay esperanza. Una oportunidad para algo nuevo.

BIBLIOGRAFÍA:

ANDERSEN, Tom, *El equipo reflexivo -diálogos y diálogos sobre los diálogos-*, Editorial Gedisa, Barcelona, 1994.

ANDERSON, Harlene, *Conversación, lenguaje y posibilidades -un enfoque posmoderno de la terapia-*, Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1999.

BRADSHAW, John, *Nuestro niño interior*, Editorial Emecé, Buenos Aires, 1993.

CANCRINI, Luigi, *La psicoterapia: gramática y sintaxis -Manual para la enseñanza de la psicoterapia-*, Editorial Paidós, Barcelona, 1991.

DOLTO, Françoise, *La causa de los niños*, Editorial paidós, Barcelona, 1993.

FILLIOZAT, Isabelle, *El mundo emocional del niño -Comprender su lenguaje, sus risas y sus penas-*, Editorial Paidós, Barcelona, 2001.

FRIED SCHNITMAN, Dora, (comp.), *Hacia una terapia de lo emergente: construcción, complejidad, novedad*, en *La terapia como construcción social*, Editorial Paidós, Barcelona, 1996.

FRIED SCHNITMAN, Dora, (comp.), *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*, Editorial Paidós, Barcelona, 1998.

FRIED SCHNITMAN, Dora, (comp.), *Nuevos paradigmas en la resolución de conflictos -perspectivas y prácticas-*, Editorial Granica, Buenos Aires, 2000.

GERGEN, Kenneth, (comp.), *La terapia como construcción social*, Editorial Paidós, Barcelona, 1996.

JERVIS, Giovanni, *Manual crítico de psiquiatría*, Editorial Anagrama, Barcelona, 1979.

KATHERINE, Anne, *Cuando se atraviesa la línea -Cómo establecer límites sanos en las relaciones-*, Editorial Edaf, Madrid, 2003.

MARINA, José Antonio y LÓPEZ, Marisa, *Diccionario de los sentimientos*, Editorial Anagrama, Barcelona, 2001.

MILLER, Alice, *Por tu propio bien*, Editorial TusQuets, Barcelona, 1992.

Revista Sistemas Familiares, Buenos Aires, Nos. del 20002, 2003 y 2004.

TAPIA FIGUEROA, Diego, *Comunicología, ciencia y cultura*, (comp.), Editorial Abya Yala, Quito, 1998.

TAPIA FIGUEROA, Diego, *Terapia Familiar Sistémica*, (comp.), Editorial Abya Yala, Quito, 2001.

TAPIA FIGUEROA, Diego, *Cambiar para crecer y ser felices*, Editorial Abya Yala, Quito, 2002.

TAPIA FIGUEROA, Diego, (comp.), *Comunicación Sistémica e Inteligencia Emocional*, Editorial Abya Yala, Quito, 2002.

WHITE, Michael y EPSTON, David, *Medios narrativos para fines terapéuticos*, Editorial Paidós, Barcelona, 1993.

WHITE, Michael, *Reescribir la vida*, Editorial Gedisa, Barcelona, 2002.

CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA: UNA VISIÓN SISTÉMICA

Yolanda Dávila Pontón

Psicóloga Clínica

Egresada de la Maestría de Terapia Familiar Sistémica

Docente de la Facultad de Filosofía de la Universidad
del Azuay

Sin duda la comprensión de la familia desde el punto de vista sistémico difiere de otras corrientes, pero no por ello es complejo. Busco en este artículo realizar una aproximación hacia los conceptos y características básicas sobre este tema, una lectura dinámica para la fácil asimilación por el lector, a pesar de la polémica entre los sistémicos sobre la clasificación en familias funcionales y disfuncionales, sin embargo no es poca la bibliografía que considera esta clasificación. Además en la práctica profesional cotidiana resulta útil manejar estos conceptos. Así mismo me he permitido sintetizar las etapas en las que se presentan estas características.

Un primer acercamiento

La familia está considerada como un grupo de pertenencia, primario, anexados mediante vínculos consanguíneos, donde se establecen una serie de sentimientos y de lazos afectivos. Se forjan expectativas, se aprenden, afianzan valores, creencias y costumbres. En ella, el individuo se inicia y desarrolla desde temprana edad. Este es el primer proceso de socialización que va a facilitar en las siguientes etapas de su evolución psicobiológica la adquisición de una serie de conductas que le van a servir en posteriores periodos de su vida.

Las conductas que se aprenden en el proceso de socialización temprana, dentro de la familia son denominadas conductas precurrentes. Es decir, comportamientos que servirán de fundamento y en base a ellas se van a insertar los repertorios de conductas más complejas que van a ir

incorporando en sus ulteriores procesos de socialización y en las diversas áreas que le brinda su entorno, los cuales a la vez serán aplicables en etapas más avanzadas de su vida.

Con los sucesos que puedan ocurrir en esta etapa temprana “relaciones con los padres, hermanos, tíos, primos; calidad y modalidad de estimulaciones senso/perceptivas, enfoques e interpretaciones de su realidad inmediata, etc.”, el niño inicia a moldear e incorporar diversos sistemas de comportamientos, sentimientos, ideas y creencias, y a establecer diferentes modalidades de reaccionar conductual y fisiológicamente ante los eventos de su entorno.

La familia, ante el nacimiento de un nuevo integrante o la inclusión de un nuevo miembro como sucede con el matrimonio de uno de los hijos, adopción, convivencia, etc., modifica muchos de los elementos que en ella existen; desde la forma disposicional de ubicarse en la estructura familiar, hasta la manera como se comunican entre ellos, el desempeño de roles formales y roles complementarios, el tiempo de permanencia en casa y el lugar de permanencia en ella, las actividades que se venían realizando, la distribución racional del tiempo y otros. Esta reacomodación va a permitir la subsistencia, equilibrio y armonía en la familia.

Los patrones funcionales o disfuncionales de crianza y en lo que concierne a su estructura, dinámica y normas vienen a ser sólo algunos de los elementos relevantes que van a facilitar la evolución de ésta y por ende la realización y desarrollo de sus integrantes, en su correspondiente proyecto de vida. También contradictoriamente sus falencias y conductas -a veces inespecíficas- van a contribuir al surgimiento de patologías en sus miembros.

Existen características que son universales dentro de la concepción de la familia y que pueden considerarse como funcionales por que facilitan el crecimiento individual de sus

miembros en lo concerniente a la salud mental y como productores sociales.

Características genéricas de una familia funcional

Son dialécticas

Es decir que evolucionan en un constante devenir. En ellas van a surgir circunstancias que promuevan su crecimiento individual y grupal, pero a la vez van a aparecer en determinados momentos de su existencia crisis y contradicciones. Sus integrantes van a movilizar sus recursos para que su relación se afirme y movilice hacia un continuo desarrollo utilizando las crisis o antinomias como pulsión para su ulterior crecimiento. Ninguna familia permanece estática dado que su historia es un permanente devenir.

Son dinámicas

La acción o conducta ejercida por cada uno de sus integrantes influye en los comportamientos, sentimientos y pensamientos de sus demás integrantes y viceversa. Y es que la conjunción y la interacción entre ellos integra similares sucesos familiares, por lo tanto cada uno de sus integrantes puede definir y hasta pronosticar la posición, el comportamiento, las alianzas estratégicas, los sentimientos, las conductas reactivas, etc., de los demás miembros en base a la historia que los une y por el rol que les ha tocado desempeñar en el interior de la propia familia. Si la relación que establece determinado miembro hacia otro de su sistema es saludable, esto va a repercutir en los demás integrantes y viceversa, pero si no es saludable la repercusión tampoco lo será.

Son relativas

Toda familia surge en un determinado momento histórico y les brinda a sus integrantes protección, seguridad,

afecto, expectativas para su desarrollo, como también - de manera contradictoria- puede iniciar, desarrollar e implementar una serie de mecanismos psicológicos que hacen que se mantengan una serie de comportamientos no funcionales para sus integrantes y que convierten a la Familia Funcional en Disfuncional, (podemos mencionar a las familias psicósomáticas) es decir nociva para el desarrollo saludable de sus integrantes.

⟨ ***Están en una situación relacional y compatible***

Las características psicoculturales de la comunidad donde el sistema familiar se inserta, influyen en su estructura, funcionalidad, sistema ideativo y viceversa. Se puede decir entonces que la particularidad de una familia en un determinado momento histórico de su ciclo vital puede desempeñar un rol saludable y positivo, propiciando el crecimiento y desarrollo de sus integrantes. Pero que con el transcurrir del tiempo, de mantenerse éstas mismas características particulares pueden convertirse en no saludables y tornarse anacrónicas, divergentes y reaccionarias a la evolución funcional de la familia y por lo tanto resistentes y disfuncionales para el desarrollo de la salud mental de sus integrantes.

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA FAMILIA DISFUNCIONAL

La disfunción proviene de la formación de dos palabras que significan, un quebrantamiento de la función, deficiente funcionamiento, una situación anómala, una dinámica irregular, extraerse de lo establecido en lo referente a roles, funciones y normas. Y cuando nos referimos a lo «Disfuncional» aplicado al sistema familiar, lo conceptuamos como el mantenimiento de un deficiente funcionamiento en la familia a través del tiempo, un quebrantamiento de las

funciones culturalmente establecidas, el desempeño de roles complementarios anómalos, una carencia, un desorden. Una antinomia lo cual en el campo de la salud mental podría considerarse como: un funcionamiento no saludable de un sistema familiar cuyas características clínicas se mantienen a través de un tiempo indefinido afectando de manera específica o inespecífica a sus miembros.

DEFINICIÓN DE LA FAMILIA DISFUNCIONAL

La familia Disfuncional se define como un “Un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con sus miembros genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas”

Dentro de este concepto encontramos las siguientes características:

- a. **PATRÓN:** porque es un conjunto de características que se presenta de forma constante y de larga data en la historia familiar. Por ejemplo en las familias maltratantes en donde se presenta el maltrato físico tanto como psicológico, se manifiestan de forma transgeneracional, los abuelos fueron maltratantes, los padres son maltratantes y posiblemente los hijos de ellos también lo sean, Badury en 1998 manifiesta que si el sufrimiento de algún miembro de la familia no ha sido verbalizado o socialmente reconocido, el riesgo que se presente sobre otra persona es muy alto. Por lo tanto todo tipo de conducta agresiva producirá nuevas víctimas que podrán transformarse a su vez en nuevos victimarios.

No solamente la agresividad es una conducta que se reproduce sino también estilos de comunicación, formas de solucionar problemas dentro del sistema familiar, la disciplina tipo de castigo de los padres hacia los hijos, adicciones, etc.

- b. Son CONDUCTAS DESADAPTATIVAS por ser incompatibles con el propio contexto cultural de la familia.
- c. INDETERMINADAS, por cuanto dichas características no pueden ser claramente identificadas. La importancia clínica para cada integrante o para la totalidad de la familia es relativo, recayendo en cada uno de ellos con desigual cuantía.
- d. Dichas características PUEDEN PRESENTARLAS UNO O VARIOS DE LOS INTEGRANTES (síntoma) cuyo origen está determinado por las dificultades y crisis a las que se ven sometidos los grupos familiares en su devenir vital.

Las características del síntoma son las siguientes:

- < La manifestación objetiva o subjetiva medible o no que se presenta ante una dificultad.
- < Es una evidencia natural y espontánea de que algo está sucediendo
- < No explica lo que sucede
- < Puede expresarse como un fracaso
- < Como una señal de alarma
- < Muchas veces el síntoma es expresado a través del cuerpo especialmente en los niños debido a su limitación verbal. Su comunicación la expresa a través del lenguaje no verbal

El que la presente un solo miembro de la familia no debe de ser considerado como menos grave, dado que éste puede presentar conductas desadaptativas, trastorno de personalidad o detentar una significativa ascendencia e influencia ante sus integrantes, que su sola presencia basta para cumplir con las exigencias para calificarla como Disfuncional.

- e. Estos requieren necesariamente ESTAR EN RELACIÓN DIRECTA CON LOS DEMÁS MIEMBROS para que se genere una dinámica anómala, ya que la familia es un conjunto de elementos que interaccionan de forma constante, vinculadas entre sí, por lo tanto lo que afecta a un miembro, afecta o repercute en el otro.

- f. Dicha relación, propiciará un CLIMA PSICOLÓGICO o PSICOPATOLÓGICO que afecte de manera específica o inespecífica a los miembros de la familia. Por ejemplo las familias con soporte: son aquellas familias grandes, con muchos hijos que requieren que un miembro de la familia apoye un subsistema diferente al que pertenece, por ejemplo, un hijo que tenga funciones de padre, este es el llamado “hijo parental”.

Existe el peligro potencial de que los niños parentales contraigan síntomas cuando se descargan sobre sus hombros responsabilidades superiores a sus fuerzas o no se les confiere la autoridad que les permitiera ponerlas en práctica. Los niños parentales por definición, quedan entre dos fuegos. Se sienten excluidos del contexto de los hermanos. Además el niño parental puede bloquear el ejercicio de los cuidados tiernos que los más pequeños necesitan de sus padres. Estos niños pueden generar síntomas más tarde.

Hay que considerar sin embargo que las alteraciones, crisis, problemas y conflictos que puede vivir una familia, no la convierten en disfuncional por cuanto estos son los acontecimientos transitorios, naturales o accidentales que suelen vivir el común de los grupos familiares en ciertos momentos de su historia, los cuales una vez transcurridos y movilizados los recursos recobran su homeostásis y armonía sin haber ingresado en ningún momento en la categoría de la disfuncionalidad familiar.

Características de la disfunción familiar

1. Su dinámica familiar no es saludable. Esto significa que afecta negativamente a sus integrantes de tal forma que si le causa perjuicio a uno de ellos de manera inespecífica también le afectaría a otro de sus miembros de similar o diferente manera.
2. Su funcionamiento familiar no es relacional ni compatible. En todo grupo familiar las características psicoculturales de la comunidad donde el sistema familiar está insertado son compatibles y consonantes con la particularidad del propio grupo familiar. Pero pueden existir casos en que estas particularidades que en algún momento de su existencia fueron saludables para los miembros y posibilitaron el crecimiento, al no evolucionar ni modificarse de acuerdo a los ciclos evolutivos de la familia, de acuerdo a las necesidades de los miembros y la dinámica social inmediata se tornan no saludables, anacrónicas, divergentes. No permiten el crecimiento de los individuos y son contrarias a la evolución funcional de la familia, y por lo tanto también disfuncionales para el desarrollo de la salud mental de sus integrantes.

3. Desarrolla y mantiene roles familiares contradictorios. Toda familia se instaura y constituye en un determinado momento histórico y les otorga a sus integrantes elementos propicios para su autorrealización.

Se puede plantear entonces que existen sistemas familiares disfuncionales que generan una atmósfera patológica para la inserción de cuadros neurotípicos, psicopatogénicos. ¿Qué significa esto?, que dependiendo de las características de las familias, en lo referente a patrones de crianza, formas de ejercer la autoridad, de circular la información, de distribuir la administración del hogar, de la relación que establezcan con el entorno social, etc. para que una familia ingrese a una disfunción sin tener previamente a ninguna personalidad anormal en sus filas y que ésta conduzca a sus integrantes a la instalación de características psicológicas de riesgo o en su defecto patológicas del tipo: psicosis, neurosis, psicopatía o adicción.

4. Impide dentro de la familia el entrenamiento de conductas recurrentes. Los padres sobreprotectores no permiten que sus hijos conozcan sus capacidades y tampoco les permiten el acceso al entrenamiento en el manejo de las crisis familiares, impidiendo a sus integrantes instaurar conductas recurrentes, en base a las cuales se van a insertar otras más complejas para cuando en la etapa adulta surjan situaciones similares estén en condiciones eficientes para su abordaje y manejo, por lo que constantemente acudirán a sus padres para resolver los problemas o crisis que pertenecen a una familia nuclear distinta a la dinámica interaccional de su familia de origen, lo que ocasionara dificultades con los miembros de esta.

En las familias disfuncionales se despliegan una serie de conductas que van desde la sobreprotección, usurpación de roles, invasión de límites, abuso de autoridad, indiferencia en la crianza, sanciones impropias o ausencias de estas, etc., hasta la inacción, conductas que al ser reforzadas por algunos de sus integrantes van a impedir el entrenamiento de conductas recurrentes alternativas y por ende el desarrollo saludable e independiente del manejo de los problemas personales los cuales son propios de la vida diaria.

En el proceso de disfunción familiar existen familias en que por una defectuosa concepción de los elementos de su entorno y por un equivocado desempeño de roles complementarios impiden en sus integrantes el entrenamiento y ejercicio de conductas y funciones. Esto torna a estas personas en dependientes de otras, situándolas en condiciones de riesgo para la instalación de conductas patológicas afines. Estas conductas pueden ir desde un trastorno de conducta (agresividad) hasta una alteración psiquiátrica severa (esquizofrenia). Bien sabemos que una relación deficitaria y no saludable de un integrante de la familia con otro no solamente los afecta a ambos, sino que también alcanza a los demás integrantes de la familia afectándolos de una manera específica o inespecífica pudiendo originar la aparición de formas anómalas del comportamiento.

Para iniciar una Psicoterapia hay que observar a la familia en su totalidad. Se considera al paciente como al miembro de la familia donde recae de manera más profunda la patología. En éste se condensa la sintomatología que en algunos casos puede tornarse imposibilitante y se le denomina Paciente Identificado (PI). Este se constituye en el miembro enfermo, la expresión de la patología familiar, (el efecto-síntoma), cuya función es obtener un equilibrio-desequilibrio y que ésta se acomode y aprenda a comportarse de manera específica frente a su familiar (PI). Ante esta situación con el transcurrir del tiempo aprenden a desempeñar

roles complementarios enmarcados en alguna patología, los demás integrantes del grupo familiar que permiten mantener el equilibrio e impedir que las familias se desintegren. A través del desarrollo de esta patología los comportamientos que se venían presentando en los diferentes aspectos de la vida familiar se van modificando como también sus roles y funciones tornándose paulatinamente -y de manera, tal vez para sus integrantes, imperceptible- Disfuncionales.

Ahora no solamente han variado las conductas abiertas que hasta hace un tiempo podíamos observar a diario entre sus miembros sino también una serie de aspectos encubiertos de ésta como:

- < Forma de circular la comunicación. Esta característica de la familia describe las relaciones interpersonales como recíprocas, pautadas y repetitivas lo que conduce a la noción de secuencia de conducta),
- < Horarios de ausencia, presencia y permanencia en casa de los diferentes miembros de la familia. Horarios de trabajo de la mamá, papá, con quienes se quedan los niños y la relación de esta persona con los mismos.
- < Manera cómo se distribuye o redistribuye las funciones de autoridad.
- < Forma de cuidar o administrar las pertenencias personales o patrimonio de la familia.
- < Forma de sancionar a sus integrantes ante la transgresión de las normas familiares,
- < La manera como expresan sus afectos.
- < La proxemia de sus miembros,
- < Cinética de sus individualidades,
- < Las alianzas, triadas, micro grupos en su interior,
- < La forma de pensar o sentir acerca de este reacomodo familiar, de ser inadecuadas se constituyen en el perfil de la disfuncionabilidad.

Es importante observar en una familia la forma en que se constituyen los roles complementarios y en qué momento aparecen los disfuncionales, ¿quiénes los asumen?, la caracterización de su manejo, etc.

La flexibilidad con que una familia modifica sus roles o se adapta a nuevos y numerosos cambios depende de sus recursos y las metas que ésta tenga, las cuales deben de ser compatibles a la vez con las metas y recursos de sus propios integrantes.

No obstante existen ciertas familias que se resisten a las modificaciones que su ciclo vital y su propia historia les impone, la no aceptación implícita del crecimiento de los hijos a quienes sobreprotegen y sustituyen en sus roles, impidiendo su desarrollo psicológico y/o social y a los cuales además continúan llamando por el diminutivo de su nombre: «Luchito», «Anita», a pesar de ser mayores de edad.

Otra de las modalidades en la resistencia al cambio y el equilibrio familiar, son las «Alianzas Disfuncionales» que se producen en ciertas familias entre «la recién desposada y su madre» no existiendo flexibilidad y apertura para que una nueva persona (el yerno) se integre a la familia. En estas circunstancias la «Nueva Alianza» se cohesiona dejando al margen al otro miembro de la nueva pareja continuando la madre de la nueva esposa con el antiguo rol sobre protector, invasivo, complementario y determinante en las decisiones internas de la nueva pareja, interfiriendo en su adaptación, no siendo considerada por la madre como una nueva pareja que da origen a una nueva familia. Esta situación es más aguda cuando la nueva pareja pasa a vivir a casa de los padres de ella, o en su defecto a casa de los padres de él. Por ello la imagen negativa y caricaturesca de la «suegra», definiéndola como la madre que no ha modificado su rol, el cual ha quedado estático en un determinado momento del ciclo vital

de la familia y continúa desempeñando su rol original sobreprotectivo/disfuncional en contra de su devenir histórico.

La mayoría de los cambios en la familia producen crisis en su interior, lo cual hace que sus integrantes movilicen sus propios recursos para retornar a su antiguo estado de equilibrio. De no existir flexibilidad para reacomodarse a las crisis naturales o accidentales y superarlas, surge una disfuncionabilidad que pone en peligro la salud mental de sus integrantes. (Charles Fishman, 1998)

En las familias disfuncionales los miembros saben que sus vidas están dedicadas a la preservación del sistema familiar. En familias sanas, hay una relación de interdependencia en que los individuos sienten apoyo en su desarrollo personal, y muy naturalmente, ellos apoyan a la familia. En familias disfuncionales, los familiares sirven a la familia con sus vidas, hasta el punto de la autodestrucción. Los familiares aprenden estas cosas inconscientemente.

Claudia Black define las reglas de familias disfuncionales como 1) no hablar, 2) no sentir y 3) no confiar.

Síntomas e indicadores de disfunción

Los indicadores de disfunción pueden aparecer en cualquiera de las personas o de los subsistemas familiares, siendo los síntomas más frecuentes los siguientes:

- 1. En el niño en edad escolar:**
 - a. Problemas de adaptación al medio escolar, reflejados en dificultades de aprendizaje y de rendimiento; de la relación con iguales, bien sea por conducta agresiva o por tendencia al aislamiento y la timidez; de relaciones con la autoridad, evidentes en comportamientos de rebeldía y de oposición ante las

normas. En las familias de los estratos menos favorecidos, en esta etapa empiezan a darse las primeras fugas, tanto del hogar como de la escuela, como resultado de la problemática relacional en el seno de la familia y de las limitaciones para el aprendizaje, asociada con los déficit en el desarrollo propio de las condiciones de vida de estas familias.

- b. Problemas emocionales y del comportamiento en general, tales como enuresis, encopresis, hiperactividad, fobias, pesadillas y trastornos psicossomáticos, como asma, alergias, migrañas, cefaleas, etc.
- c. Agravación de los trastornos físicos. Como puede ocurrir con la disrritmias y otro cuadros de tipo epileptoide, trastornos digestivos, hipoglicemias, propensión a infecciones y a fracturas.

Es claro que no puede afirmarse que el inadecuado funcionamiento familiar sea la causa directa de la aparición o la exacerbación de los anteriores problemas, pero sí hay suficientes evidencias de una asociación entre los dos.

2. En la relación padres e hijos.

La mayor parte de los problemas se asocia con el desempeño de la función del control de los hijos. Algunos de los motivos de consulta de padres y madres se refieren al hecho de que no saben cómo manejar a sus hijos y lograr que ellos se adapten a la disciplina y desarrollen hábitos de aseo, de alimento, de estudios, etc. Pues se sienten inseguros acerca de los métodos que emplean para premiar y para castigar a los niños en buena parte por que no quieren repetir con ellos las malas experiencias vividas en su propia crianza. Con frecuencia los padres definen estas dificultades como problemas, cuando personas ajenas a la familia, como los maestros u otros familiares los hacen notar.

BIBLIOGRAFÍA

ANDOLFI, M., “dimensión de la Terapia Familiar”, Paidós, Barcelona, 1985

ANDOLFI, M., “Terapia Familiar”, Paidós, Barcelona, 2001

BEAVERS R., HAMPSON R., “Familias exitosas”, Paidós, Barcelona, 1995.

BERTALANFFY, L., “Teoría General de los sistemas”, México, 1976

BOTELLA L., VILAREGUTA A., “La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución” Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació Blanquerna Universitat Ramon Llull

BOWEN, M., “De la familia al individuo”, Paidós, 1998.

HERNÁNDEZ, Á, “Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve”, El Búho, Bogota, 1998

MINUCHIN, S., “Técnicas de la terapia familiar” Paidós, Barcelona

MINUCHIN, S., Charles FISHMAN, “Técnicas de terapia familiar”, Paidós, Barcelona, 1997, Pág. 23 – 55.

MINUCHIN, S., NICHOLS, M., “La Recuperación de la Familia” Paidós, Barcelona 1995

SIMON F. B., STIERLIN y WYNNE L., “Vocabulario de terapia familiar”, Gedisa, Barcelona, 1993.

VARIOS, “FAMILIES AND FAMILY THERAPY”, Harvard Collage, 1075

[www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/documentos/
DocumentosB/violenciaintrafam.doc](http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/documentos/DocumentosB/violenciaintrafam.doc)

www.opcionperu.org.pe/Web_OpcionPeru/Descarga/lafamilia.pdf

“¿FORMACIÓN O ENTRENAMIENTO EN TERAPIA SISTÉMICA?”

Sara Beatriz Jutoran M.T.F.

Máster en Terapia Familiar por la Accademia di
Psicoterapia della Famiglia de Roma - Italia
Instituto de Terapia Sistémica de Buenos Aires

Se podría pensar que el título de este trabajo sólo hace referencia a una cuestión semántica, pero no es así. En mi propuesta intento desarrollar cuáles son, en mi criterio, las diferencias entre entrenamiento y formación. Estas ideas se han ido consolidando en el transcurso de los años ya sea en mi carácter de alumna como en mi función de docente.

El enseñar y el aprender se constituyen en un proceso recursivo de interacciones entre personas que cambian congruentemente en el fluir de estas mismas interacciones.

¿Cuáles son, en mi entender, los elementos fundamentales de este proceso?

- 1) Ante todo, la emoción básica: el querer. Querer enseñar y querer aprender significa querer compartir una experiencia de apertura a nuevos conocimientos. Esta dinámica de mutuo enriquecimiento abre un espacio a la co-inspiración.
- 2) Existe en la enseñanza una multiplicidad de metodologías, cada una basada en una determinada concepción respecto a cómo se adquieren los conocimientos y cuál es el objetivo deseado. Desde este punto de vista, la persona que enseña comparte las reflexiones acerca de su experiencia con los alumnos. Los alumnos tienen la posibilidad de reflexionar sobre su experiencia con el docente. Se configura así una red de conversaciones en la que el docente es, no sólo un facilitador de la comprensión de los conceptos, sino un generador de experiencias nuevas, que permiten, a su vez, nuevas maneras de observar, sentir y pensar. En este quehacer

conjunto, los conceptos teóricos y técnicos constituyen los instrumentos que utilizará el docente para promover emociones y reflexiones que permitan una creciente expansión, no sólo de las capacidades cognoscitivas, sino esencialmente del desarrollo personal de alumnos y maestros.

¿Cómo es este proceso del enseñar y el aprender en terapia sistémica, tanto en lo que atañe al didacta como al alumno? (me referiré con estos términos indistintamente a ambos sexos).

Del didacta se requiere:

- 1) Pasión por lo que quiere ser y hacer.
- 2) Respeto, afecto, y reconocimiento del alumno como persona. Es decir que su relación con éste sea significativa. Es fundamental crear un contexto no persecutorio, en el cual el alumno, participando activamente, pueda animarse a exponer, explorar y expandir áreas no conocidas de su self.
- 3) Ser humilde respecto al saber y al hacer. Estar convencido de que no se es el sujeto depositario del Saber. No sentirse el inventor de la Santa Intervención o el descubridor de la Santa Verdad.
- 4) Estar siempre dispuesto a aprender de cada experiencia y de cada alumno.
- 5) Animarse a correr riesgos desafiando las funciones estereotipadas que vuelven rígida y limitan la capacidad terapéutica del alumno, para crear más espacios de libertad, pensamiento y acción.

Se requiere del alumno:

- 1) Pasión por lo que quiere ser y hacer.
- 2) Respeto, afecto y reconocimiento del maestro como persona, una relación significativa con él.
- 3) Aceptación de un proceso de formación lento y laborioso. Lectura y estudio constantes.
- 4) Ser humilde respecto al saber y al hacer.
- 5) Cierta grado de insatisfacción con el propio desempeño, no tanta como para sentirse paralizado, pero la suficiente como para continuar en la búsqueda de un constante perfeccionamiento.
- 6) Coraje suficiente como para exponerse y animarse a correr riesgos y coraje suficiente para ver las propias dificultades dudas e inseguridades.
- 7) Estar dispuesto a aumentar la capacidad de aceptar el silencio, y de entrar en sintonía tanto con la confusión como con el dolor.
- 8) Aprender a tolerar y a utilizar altos niveles de tensión.
- 9) Comprender que un terapeuta NO es esencial en el proceso de cambio de una familia.
- 10) Aprender a ser menos pedagógico aumentando la capacidad de preguntar.
- 11) Aprender a ser menos activo para que la familia se active más.

Creo, como dice Carl Whitaker, que hay una diferencia entre saber acerca de la terapia familiar, hacer terapia familiar, y ser un terapeuta familiar. El entrenamiento se sitúa al nivel del saber y del saber hacer, y se corre el riesgo de que cuanto mayor sea la capacitación puramente técnica del terapeuta, mayor puede ser la percepción deshumanizada del paciente. “Es imposible recuperar al sujeto-paciente si no se recupera al sujeto-terapeuta”.

La formación en terapia sistémica tiene como principal objetivo el “ser en el saber” lo que implica ser con uno mismo y ser con los otros en una relación significativa.

La formación en terapia sistémica no sólo intenta ser un acceso a una cosmovisión, a una epistemología, sino que busca estimular la complejidad y la flexibilidad en el modo de pensar, de percibir y de sentir.

Desde esta posición, ser terapeuta es aprender a utilizarse a sí mismo como instrumento de trabajo. Por lo tanto, además de la teoría y la técnica, el acento estará puesto en la persona del terapeuta, en sus procesos emotivos y cognitivos, en su capacidad imaginativa y en su propia historia en relación con el sistema que consulta.

FORMACIÓN

La formación no debería identificarse con un específico lugar de pertenencia o con un específico modelo al cual se adhiere. Es fundamental que el terapeuta pueda encontrar un estilo propio, que le permita organizar sus construcciones con coherencia pero también con flexibilidad.

Desde esta base, entiendo que la formación se da a través de un proceso que se inicia con una primera etapa, la

del “saber” acerca de la terapia familiar, en la cual el objetivo es aprender a observar y pensar sistémicamente, y prosigue con una segunda etapa que consiste en aprender a “hacer terapia”.

Considero que no se debe exponer demasiado pronto a los alumnos a entrevistas con familias. La práctica con familias simuladas constituye un valioso instrumento en el aprendizaje de las técnicas. Sentado en las diferentes sillas, ya sea de los miembros de la familia como del terapeuta, el alumno puede adquirir mayor experiencia, descubrir aspectos de la dinámica relacional de su propia familia y comprender un poco más la complejidad de las relaciones familiares. La simulación de entrevistas familiares permite, por lo tanto, un minucioso trabajo de elaboración y preparación para adquirir seguridad y confianza en el trabajo con los pacientes.

El objetivo de la siguiente etapa es ampliar y perfeccionar los recursos técnicos y adquirir una sólida experiencia en la práctica clínica con familias en vivo. Las expectativas de los alumnos, que esperan obtener definiciones teóricas y elementos técnicos operacionales constituyen una de las dificultades que se le plantean al didacta, quien, por lo tanto, deberá instarlos a experimentar con su capacidad de observación y ofrecerles un espacio de creciente libertad y movimiento en la utilización de las técnicas. Es importante, pues, que el didacta controle su natural tendencia a dar rápida respuesta a las preguntas sobre el saber y el saber hacer, para favorecer el surgimiento de “un observador interno capaz de interrogarse y de sentir curiosidad con respecto al otro”. Según Menghi y Giacometti, “es ilusorio pensar que un saber-teoría y un saber-hacer-técnica que no lleguen al ser puedan dar respuestas terapéuticas y formativas”.

Esta etapa de la formación pone el acento en los procesos internos del observador y en sus dificultades respecto a puntuaciones lineales que pueden estar superadas a nivel cognitivo, no así a nivel emotivo. Muchas veces esta situación conduce a un hiperactivismo terapéutico; otras, al uso de generalizaciones teóricas y técnicas para controlar la ansiedad, reduciendo las posibilidades de ampliar, a través de la incertidumbre y la imprevisibilidad, los espacios de conocimiento.

Un terapeuta puede esconderse detrás de las técnicas o ser con las técnicas, para que éstas no lo limiten sino que fluyan en el curso de la relación terapéutica. En este proceso del saber hacer se va constituyendo, como lo mencionan Menghi y Giacometti, el camino hacia “el ser en el saber” de la cuarta etapa, a través del desarrollo de los recursos personales.

Es importante que el terapeuta aprenda a establecer una relación intensa, de cercanía pero también de distancia con la familia que consulta. Demasiada cercanía impide ver, demasiada distancia impide conectarse y comprender. Que aprenda a abandonar la verificación obsesiva de lo que ya sabe y se permita registrar las emociones, sentimientos e imágenes que surgen en su interacción con los otros en el encuentro terapéutico. ¿Cómo crear un espacio y un tiempo para el desarrollo del estilo personal de cada uno de los terapeutas en formación? La dinámica continua entre la exploración de sí mismo y la exploración del mundo es una experiencia de integración. Cuanto más descubrimos de nosotros mismos, más podemos conectarnos con los otros; cuanto más logramos conectarnos con los otros, más descubrimos en nosotros mismos nuevos recursos para utilizar en la tarea terapéutica.

Una vez liberado del “hacer”, el terapeuta puede permitirse abrigar dudas e incertidumbre, curiosidad e interrogantes, que lo lleven a convertir la relación con el otro, no en una práctica repetitiva de intervenciones, sino en una ocasión para el crecimiento y la evolución, del sistema terapéutico y de sí mismo. Un contexto que permita al alumno confiar en sí mismo, en el grupo y en el didacta es no sólo necesario sino imprescindible. Crear este contexto, es decir, las condiciones para el crecimiento del potencial de cada terapeuta, es responsabilidad del didacta, quien al igual que el terapeuta con la familia, deberá posibilitar en el alumno la constante búsqueda y desarrollo de sus capacidades.

La terapia, aún siendo una disciplina científica, trasciende lo científico. Es conjuntamente ciencia y arte. El saber y el hacer, el conocimiento teórico y técnico es necesario pero no suficiente. La teoría y la técnica permiten hacer terapia, pero, ¿cómo pasar del hacer al ser? ¿Cuáles son los ingredientes necesarios que llevan de la artesanía al arte?.

La respuesta puede encontrarse en el desarrollo del potencial creativo del terapeuta. ¿El objetivo? Permitir que éste aprenda a observarse a sí mismo en el curso de la terapia, para lograr una gama más amplia de recursos y fundamentalmente una mayor libertad en el encuentro con cada uno de los miembros de la familia que consulta.

La función del didacta es entonces:

- 1) Descubrir las potencialidades de cada alumno y promover su capacidad creativa, a través del trabajo sobre su estilo personal para que esta capacidad, se constituya en fuente de inspiración, y no sea limitada por los propios fantasmas y/o por el contexto.

- 2) Promover un enriquecimiento del patrimonio de múltiples percepciones, emociones y acciones, para abrir el camino hacia la comprensión de la multifacética complejidad de las relaciones humanas.
- 3) Trabajar sobre las dificultades y/o limitaciones del terapeuta en su tarea clínica. Para ello es necesario tomar en consideración su personalidad, su posición respecto a la familia que consulta, su función en su propia familia de origen, sus experiencias, sus fortalezas y debilidades, su historia, su rol genérico, su edad y fundamentalmente, sus emociones, para ayudarlo a adquirir un mayor conocimiento de sí mismo, una mayor confianza en sus capacidades y una creciente libertad para utilizar todos sus recursos. De ninguna manera esto invalida la necesidad de una excelente capacitación técnica. Es imprescindible adquirir una sólida eficiencia técnica para después trascenderla.

EL HANDICAP DEL TERAPEUTA COMO INSTRUMENTO DE FORMACIÓN

La dificultad o handicap del terapeuta puede crear, en determinado momento, una situación de incomodidad, limitación y/o parálisis en el trabajo clínico. Algunas de estas dificultades pueden referirse a cercanía o distancia con respecto a los miembros de la familia en relación a edad y sexo, situaciones de excesiva intensidad emocional, evitación del conflicto, timidez, exceso de responsabilidad, etc.

El planteo es cómo puede el terapeuta utilizar su propio malestar o sus dificultades como elemento de encuentro y contacto con la familia y como potencial para generar el cambio; de qué manera puede también considerar la dificultad o problema que trae la familia como elemento potenciador

del cambio; cómo puede estructurar una relación que permita a los miembros de la familia encontrar, dentro de sí mismos, las soluciones de los problemas planteados. ¿Puede evitar ser inducido a cumplir una función que le correspondería a un miembro de la familia? El riesgo es que caiga en la trampa de pensar que es él quien debe ayudar al paciente designado a liberarse del peso de su sufrimiento o problema por medio de sus activas intervenciones. También un supervisor corre el riesgo de caer en la misma trampa. ¿Puede evitar un supervisor ser inducido a cumplir una función que podría cumplir un terapeuta y ayudar a que éste la realice desde dentro del sistema? ¿Cómo puede lograr que el terapeuta sienta, toque, su propia dificultad, su incomodidad, sus temores, su parálisis, para entrar más en el sistema y utilizarlos en su trabajo terapéutico?.

Si el terapeuta piensa que debe intentar convencer al paciente designado y la familia para que modifiquen su posición y sus explicaciones respectivas, todo el peso del cambio recaerá sobre él, y supuestamente la familia deberá dejarse manejar unilateralmente por él. Su función será entonces central, y se sentirá experto y eficaz, pero entonces los pacientes no tendrían la posibilidad de sentirse ellos mismos, expertos y eficaces. Una situación similar puede surgir en el sistema de formación.

Formar creativamente significa abrir espacios para que los terapeutas puedan utilizar en su trabajo no sólo su pensamiento sino también sus imágenes, sus intuiciones, sus emociones, su humor, sus experiencias pasadas, anécdotas personales, las metáforas que le ofrece la familia o las que él construye en el encuentro terapéutico.

La observación de sí mismo y de las propias experiencias internas en relación con los miembros de la familia que consulta, no sólo permiten salir de una función

rígida, sino que amplían la gama de recursos y, por lo tanto, de alternativas terapéuticas.

Permítanme ofrecer un ejemplo:

La terapeuta define su dificultad: “Ya no sé qué hacer con una paciente que ha consultado porque tiene miedo de que su esposo enfermo se muera, y este miedo se ha ampliado a otros miedos, que la paralizan”.

La supervisora contextualiza el problema, lo conecta con otras experiencias similares de la terapeuta y busca ampliar la información respecto a por qué ella considera esta situación como una dificultad, cuáles funciones ha desarrollado en el proceso terapéutico (protectora, calmadora, activadora), y cuáles han sido las soluciones intentadas hasta el momento. “Intenté a, b, c, d, ya no sé qué más hacer”. “Ella quisiera que venga el esposo, pero él no quiere; porque no tiene miedo respecto a su enfermedad, es muy exigente y no cree en la terapia”. “En realidad, mi mayor deseo es que esta señora no venga más”.

La supervisora elige algún elemento de esta información para crear un contexto de trabajo. Este elemento puede ser el propio motivo de consulta, una metáfora, una escultura de la situación, las relaciones espaciales, el lenguaje analógico, etc. En este caso la supervisora elige trabajar isomórficamente sobre los miedos de la terapeuta. Surge así su temor de enfrentar a un señor exigente y descalificador. En este momento se abren dos caminos:

- 1) Trabajar con la terapeuta en relación a su familia de origen para lo cual puede, elegir como puerta de entrada:
 - a) La exigencia; o
 - b) las relaciones entre hombres y mujeres en su familia;

- c) sus emociones ante una situación que la hace sentirse impotente, o algún otro tema; o bien,
- 2) Trabajar con una simulación de una entrevista con una pareja, similar al problema planteado.

En este caso se optó por la segunda alternativa. En el curso de la simulación aparece la dificultad ante el fantasma de enfrentar a “hombres exigentes y descalificadores”, la autodescalificación y la consecuente necesidad de tomar distancia o escapar, pero también aparecen nuevas opciones que le permiten encontrar distintas maneras de conectarse, y reflexiones respecto a las diferencias entre “enfrentarse y conectarse” con un “hombre exigente”. Se plantea la relación entre esta situación y la historia familiar de la terapeuta, dejando abierto el camino para ulteriores desarrollos sobre este tema.

La posibilidad de observarse a sí misma conectándose con sus propios miedos, y de relacionar éstos con los de su paciente en contextos más amplios (como el sistema conyugal y el sistema terapéutico), dentro del sistema de formación, permitirán a la terapeuta encontrar vías alternativas para salir de la dificultad en su trabajo clínico.

ISOMORFISMO ENTRE MODELO TERAPÉUTICO Y MODELO DE FORMACIÓN

Considero que el proceso de cambio de los miembros de una familia en terapia así como el proceso de aprendizaje de un grupo en formación comparten un mismo marco teórico.

El sistema terapéutico está constituido por las personas que consultan (sistema familiar, conyugal o

individual, empresarial, escolar, determinado por un problema) y el terapeuta junto con el equipo y el supervisor detrás del espejo.

El sistema que llega a la consulta está integrado por varios miembros. En el caso de una familia, éstos tienen una experiencia compartida, pero cada uno a su vez, tiene una experiencia singular y particular de su familia, y explicaciones de esa experiencia que definen las diferentes "familias" que cada uno de ellos percibe en su propia familia. Estas experiencias están determinadas por un sistema emocional interrelacionado e integrado con un sistema de creencias y un sistema cognitivo.

El terapeuta es también miembro de una familia, con una historia compartida, y sus experiencias se configuran a partir de la integración de su sistema emocional, su sistema de creencias y su sistema cognitivo. Lo mismo ocurre con los miembros del grupo en formación y con el didacta o supervisor.

Tanto el proceso terapéutico como el proceso de formación se constituyen y desarrollan en el complejo entrelazamiento de todos estos niveles, y se expresan a través de las conversaciones que se llevan a cabo en el sistema terapéutico y en el sistema de formación, siendo objetivo de ambos, el crecimiento, diferenciación e individuación de cada persona dentro de un grupo de pertenencia.

Ambos sistemas, el terapéutico y el de formación, se intersectan en el terapeuta como eje del trabajo clínico.

La función del terapeuta es la activación de una búsqueda de relaciones diferentes entre las personas y sus versiones de la realidad. La posibilidad de tener experiencias en nuevas dimensiones interaccionales y desde diferentes

posiciones es lo que le permitirá, a cada miembro de la familia, encontrar nuevas maneras de relacionarse con los otros.

También la función del formador será la de crear contextos para que los alumnos-terapeutas, de la misma manera que los miembros de la familia, puedan encontrar nuevos espacios internos y externos, que generen una mayor riqueza de funciones y de interacciones. Es decir, nuevas maneras de relacionarse con las familias en terapia. Desde esta perspectiva:

- 1) En ambos sistemas, el terapéutico y el de formación, el objetivo es salir de una visión rígida de la realidad, a través del aumento de la complejidad, que surge con el aumento de la incertidumbre, en contraposición a la rigidez y estereotipia de las funciones que limitan y hacen predecibles todas las conductas.
- 2) En ambos sistemas se busca crear un contexto para la exploración y el desarrollo de los recursos de la familia y del grupo en formación, como potencial de crecimiento del individuo, desde una dinámica continua que oscila entre pertenencia e individuación, cohesión y diferenciación, unión y separación. Entre pertenecer y ser.

Según Andolfi (1985) la formación no debe ofrecer una capacitación ortopédica. No debe convertir a los terapeutas en reparadores de problemas. No es posible intentar “recuperar aspectos vitales en el otro si de parte del terapeuta los aspectos más vitales y creativos están de alguna manera encarcelados en su saber ya antes, cómo moverse después”.

¿Cómo recuperar la capacidad de vivirse como sujeto en terapia?

Considero que hay una diferencia entre entrenamiento y formación y la elección de uno u otro camino sólo dependerá del deseo de cada uno. Un conocimiento puramente teórico no es, en mi criterio, adecuado; tampoco lo es un conocimiento puramente práctico.

Un entrenamiento enseña a “hacer” terapia. La esencia de una formación consiste en integrar conocimientos teóricos, instrumentos técnicos y el desarrollo de la creatividad personal a través de la observación de sí mismo en ambos sistemas, el de formación y el terapéutico.

En este reflexionar acerca de mi tarea considero que la formación en terapia familiar ofrece la posibilidad de recorrer el largo camino que ha de llevarnos, de la parálisis de las certezas a la libertad de las incertidumbres.

BIBLIOGRAFÍA

Andolfi, M.: “Dal mito del training al processo di formazione”. La Formazione Relazionale. Andolfi, M. y Piccone, D., Roma, Ed. I. T. F., 1985, Pág. 160.

Maturana, H.: “Ontology of observing”, Santiago, 1986, (material no publicado).

———: “Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument”. The Irish Journal of Psychology, 1988, vol. 9 * 1.

Menghi, P., Giacometti, K.: “Del mito de la certeza al sujeto de la experiencia”. La creación del sistema terapéutico. Ackermans, A. y Andolfi, M. Buenos Aires, Paidós, 1990, Pág. 188, 192.

Menghi, P., Giacometti, K.: Terapia, Formazione, Supervisione: Coerenza di un Modello. En “La formazione relazionale”. Andolfi, M. y Piccone, D. Roma. Ed. I. T. F. 1985, Págs. 188, 192, 156.

Whitaker, Carl: Epanouissement personnel et outils professionnels en "Formations et pratiques en thérapie familiale". Mony Elkaim, Paris, E. S. F. 1985. Pág. 84.

AGREGADOS

CANCRINI: La semilla es el aprendizaje de la incertidumbre, no de las certezas. Un aprendizaje debe estar dirigido a reflexionar sobre las posibilidades y no sobre las soluciones. La incertidumbre es el motor del crecimiento, pero da miedo vivir sin certezas. El entrenamiento es una etapa de la formación. El período de formación no termina nunca, se continúa con la auto-formación.

ANDOLFI: Nosotros no enseñamos a hacer terapia, sino a pensar sistémicamente. La familia debe considerarse como verdadero recurso terapéutico. La familia es el instrumento para tocar al individuo y viceversa.

La superación de un handicap no pasa por la adquisición de técnicas que permitan que el terapeuta no se sienta más incómodo en el encuentro con el otro. Se trata más bien de utilizarlo para permitirse el acercamiento a la familia.

Los terapeutas que no se animan a correr riesgos no están presentes en la sesión.

Es importante la creatividad mientras esté al servicio de la meta de la terapia. La creatividad existe en todas las personas, la pregunta es cómo desarrollarla. Depende mucho de cuánto riesgo se animen a correr los terapeutas. No se puede ni se debe forzar a la gente a tomar riesgos. El Supervisor debe forzar lentamente los límites para que se hagan flexibles. La muerte de la creatividad está conectada

con la necesidad de tener razón o con la necesidad de la certeza. Para reactivar la creatividad es importante darse o dar el permiso de equivocarse. Para percibir diferentes posiciones es necesario salir de la dualidad correcto-incorrecto.

Partimos de la premisa de que es a través del paciente que pasan los mensajes más importantes que entran y salen de la familia. Por lo tanto el terapeuta puede usar también al paciente como vía de entrada y salida.

¿Por qué el paciente puede permitir que un extraño entre dentro de un área conflictiva familiar? ¿Qué lo lleva a aceptar esto? Este es el punto de partida para comprender cómo se puede usar el handicap del terapeuta.

Escultura de una familia: IP deprimido. Padre lo empuja lateralmente. Madre lo empuja de adelante a atrás. Hermana intensamente. Cada uno debe transmitir algo a través del paciente. Toda comunicación entre los miembros o con el terapeuta se realiza a través del paciente.

La pregunta es cómo puede el terapeuta alcanzarlos, tocarlos como personas para entrar en el sistema usando la misma vía, a través del paciente. Para ello debe dar un significado a la percepción de su posición. Sin el soporte del paciente los demás parecerían tontos. Su posición es funcional para el mantenimiento de la posición del grupo.

Riesgo para el terapeuta: Proponerse liberar al paciente del peso o de la presión que siente sobre sus espaldas y que parece mantenerlo en esa posición.

¿Cómo encontrar la manera de conectarse con ellos? ¿Cuál es la incomodidad del terapeuta? ¿Cómo puede él comenzar a tocar su propia dificultad? Que el temor sea para él la información que le permita encontrar un tercer planeta.

El terapeuta debe tratar de casarse con el síntoma, para lograr que acepten su entrada. Aceptar al paciente en su función que cumple de pilar para las angustias de las cuatro personas de la familia, es decir en relación con el grupo familiar. ¿Qué hace un terapeuta cuando se encuentra dentro de la incomodidad de la familia? Puede conectarse o distanciarse. Al registrar sus emociones el terapeuta podrá usar su handicap para acercarse a la familia. Es más importante que pueda usar su incomodidad para entrar que para distanciarse.

UNA ÉTICA PSICOTERAPÉUTICA A PARTIR DEL SER DEL TERAPEUTA

Dorys Noemy Ortiz Granja

Doctora en Psicología Clínica por la Facultad de
Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del
Ecuador

Diploma de Estudios Especializados por la Universidad
de Lovaina - Bélgica

Devolver es otra forma de dar lo que nos han dado; así que, aprovechando esta buena idea deseo compartir con ustedes, mis reflexiones sobre el tema: una ética psicoterapéutica a partir del ser del terapeuta. Y al hacerlo así, me gustaría devolver a aquellas personas con las que he crecido: mis maestros, estudiantes, mis colegas, aquellas personas a quienes tengo el honor de llamar amigas mías, a todos y cada uno de ustedes. Me gustaría devolver algo de lo que ustedes han ayudado a construir, ya que lo que soy en este momento, es la síntesis, el resultado de lo que he hecho con las semillas que ustedes han puesto.

Pero ¿dónde comienza la reflexión?. Cuando pregunté sobre el tema me dijeron que hablara sobre la ética de Dorys. Doy gracias nuevamente por darme la punta del hilo del ovillo que hoy iré desenvolviendo aquí, porque de esta frase nace toda la reflexión que viene a continuación. Ya lo dijo Mario Benedetti en Las soledades de Babel¹:

*Mientras devano la memoria
forma un ovillo la nostalgia*

*si la nostalgia desovillo
se irá ovillando la esperanza*

siempre es el mismo hilo

Así que, en esta mañana tengo la esperanza de poder desenrollar este ovillo y que al hacerlo así, pueda mantener un hilo conductor en mis ideas. Ustedes ya van viendo por

donde va el asunto: hoy deseo hablarles de la Ética en la relación terapéutica, no a partir de la teoría ni de los significados y los conceptos, que sin embargo van a deslizarse por el texto, si no a partir del ser.

Así que, este es un compartir con ustedes mis reflexiones sobre este tema, un compartir de lo que he aprendido, no solo como psicoterapeuta, sino también como formadora y supervisora de futuros terapeutas, en una carrera que tiene 12 años ya, desde que salí de la universidad y 6 desde que me gradué en Bélgica, en septiembre. Así que me parece una maravillosa coincidencia hablar sobre la ética desde el ser, en este momento de una crisis de aniversario, unida a una crisis de entrada en la adolescencia de mi carrera profesional (¡ahora entiendo por fin mi comportamiento!), lo cual me parece muy interesante porque esta reflexión me lleva a una comprensión de mi identidad como terapeuta, que es la idea central, durante la adolescencia.

Por lo tanto, de cierta manera, esta reflexión, en este momento, se vuelve una Declaración de Principios, que de nada sirven si solo están dichos. Estos principios tienen que volverse práctica, tienen que volverse “una historia encarnada” como dice Marcelo Packman, ya que hay que vivirlos para que exista una cierta coherencia en mi quehacer. Digo una CIERTA coherencia, porque soy un ser humano y también tengo mis ratos malos (pocos, pero malos al fin y al cabo), pero estos principios se vuelven un ejercicio voluntario y consciente de ser la mayor parte del tiempo así. A veces con éxito... otras veces con menos éxito... *ya que ser humano es tener dudas y aún así continuar el camino*, como lo dice Paulo Coelho en *Brida*².

Entonces ¿cuáles son las ideas fundamentales, como dice Jean-Yves Hayez, en mi ética, no solo profesional sino también personal? Y ¿cómo se manifiestan estos aspectos

en mi práctica terapéutica, en mi práctica como formadora y como supervisora? Para encontrar las respuestas a estas preguntas, es indispensable referirse a ciertos temas, que debemos tomar en cuenta en nuestro quehacer, cuando nos interrogamos desde la ética:

- < ¿Con qué concepción del ser humano trabajo?
- < ¿Qué recursos me parecen importantes como motor del cambio y en este sentido, qué opino de las herramientas que utilizo?
- < ¿Qué pienso del cambio en las personas?
- < ¿Qué puedo o no puedo hacer en mi práctica profesional. en cuanto se refiere a la calidad de servicios y a un sentido de equidad en el intercambio?

Espero contestar a estas preguntas sobre la ética a lo largo de las reflexiones que vienen a continuación. Sin embargo me gustaría anotar y aclarar que me voy a referir a los principios más generales, donde me uno a muchos teóricos del pensamiento sistémico, pero no constituyen en ninguna medida una camisa de fuerza para los psicoterapeutas. Puesto que estos principios están planteados a partir del ser, son válidos para mí, en este momento, queda en ustedes la elección de lo que harán frente a estos planteamientos.

La visión del Ser Humano.

De manera general, creo profundamente en el ser humano, en su humanidad, en nuestra humanidad, entendiendo por tal, una calidad particular, algo en nuestra esencia, entendida como una totalidad tanto biológica, psicológica, como social, cultural y espiritual. Sin embargo, no deseo cerrar los ojos y aparecer como una idealista. Entiendo que esta humanidad también tiene lados oscuros (en algunas personas más que en otras), sin embargo, creo que el acompañar a las personas en el descubrimiento y en

la aceptación de su humanidad, es parte de mi forma de trabajar.

Pero ¿cómo se hace este acompañamiento para lograr tal descubrimiento? Rebeca, estudiante de Guayaquil, alumna de la segunda promoción, utilizó una metáfora que me conmovió mucho. Ella dijo que la experiencia de la supervisión fue como cuando los aguiluchos empiezan a volar, el águila madre los motiva a que salten del nido, si ve que están cayendo los ayuda, pero deja que ellos lo intenten una y otra vez y los sigue y los acompaña, simplemente motivándolos a volar, con la confianza de que tienen alas y que pueden hacerlo. Entiendo entonces que como seres humanos requerimos ayuda, que a veces, en los vuelos podemos perder algunas plumas – todos las hemos perdido- pero tenemos alas, lo único que necesitamos es usarlas.

Esta creencia se manifiesta entonces, en aceptación de lo que el otro es, con sus condiciones actuales y en sus potencialidades, aceptación que se expresa en palabras o gestos, con escucha empática, connotaciones positivas y también manteniendo la confianza de que lo que le sucede a la persona hoy, es una expresión de lo que ella es hoy... mañana podría ser diferente. También entiendo que está aceptación incondicional, no implica una justificación del comportamiento del otro, ni una complicidad con sus actos.

También entiendo que esta aceptación empieza por casa, por lo tanto, acepto la posibilidad de diferenciarme del otro, especialmente cuando no estoy de acuerdo con sus actos. En los procesos terapéuticos, cuando acompaño a una persona en su caminar, creo en la posibilidad de la diferenciación, de que en el proceso, conforme las personas van elaborando su historia, puedan diferenciarse, incluso de mí, llegando a ser ellas mismas plenamente. Sin embargo, estas situaciones no son simples, siempre plantean dilemas,

nunca totalmente resueltos; siempre plantean preguntas nunca totalmente respondidas, ya que como dijo Mafalda: el día que tuve todas las respuestas, me cambiaron las preguntas.

En cuanto se refiere a los recursos utilizados como motor del cambio.

Al entender que yo y el otro, con quien me encuentro en una consulta, en la supervisión, en la formación, somos seres humanos, me conmueve profundamente sus luchas, su caminar, su valor para hacerlo, sus tropezones y sus victorias.

A lo largo de este camino recorrido he entendido que lo que necesitamos para avanzar en él, es encontrar alguien que pueda dar o devolver, como dice Nany, y en este caso somos nosotros, los psicoterapeutas, quienes podemos proporcionar algunos elementos:

⟨ RECONOCIMIENTO, con mayúsculas. Vivimos en una sociedad muy crítica, parca en alabanzas, en donde estamos prontos para señalar el error y pocas veces estamos atentos a ver los aspectos positivos de las personas. Es decir pienso que en nuestro quehacer es fundamental la capacidad de reconocer al otro en su humanidad y reconocernos también en nuestra posición de tales, en una relación cálida, que vea los lados positivos como alguna vez Jean-Yves Hayez hizo conmigo, que ponga las vivencias en un contexto y que conecte los elementos de la experiencia unos con otros, como si estuviéramos armando un rompecabezas, como aprendí a hacerlo con Edith Tilmans, que asuma posiciones pero sin imponerse como vi hacerlo a Jorge Barudy, al trabajar con agresores sexuales.

- ⟨ Este reconocimiento puede **CONTRIBUIR A UN DESCUBRIMIENTO PERSONAL**: Ya lo dice la frase: “el camino más difícil es aquel que nos lleva a nosotros mismos, ya que lo más duro en la vida no es separarme de ti, si no aprender a vivir conmigo”. Este descubrimiento de nuestro verdadero yo, de nuestra historia y digo **NUESTRA**, porque a medida que pasa el tiempo me he dado cuenta de que este descubrimiento es conjunto. No puedo remover la historia del otro, sin ponerme a pensar en la mía.

Repito, este descubrimiento se realiza en este encuentro terapéutico, que siempre es una oportunidad para acompañar a alguien; pero también para aprender algo sobre mí misma, con lo cual contribuyo a este encuentro con uno mismo (muchos de ustedes pensarán en el trabajo del niño herido, por ejemplo), pero este encuentro no se hace sin dolor, incluso el duelo de aquella historia que no tuvimos, pero a la larga tiene resultados gratificantes.

- ⟨ Otro elemento importante en este proceso es ayudar a **PONER PALABRAS EN LA HISTORIA**: Volviendo al descubrimiento, entonces digo que este proceso se hace poco a poco, cuando acompañamos al otro en su caminar, ayudando a poner palabras en su experiencia, contribuyendo a que procese su historia de la misma manera como lo hago con la mía, con la contribución de aquellas personas que ponen un grano de arena para construir lo que somos hoy en día.

En este sentido me considero una tejedora. Estudiantes, supervisados, consultantes han hecho de mí muchas metáforas – aprovecho la oportunidad para agradecerles públicamente su afecto, pero la que más me gusta es la de tejer, por algo tenemos un hilo conductor. Entonces tejemos vidas, tejemos historias cuando señalamos

algo, cuando dejamos de hacerlo –ya lo dijo Paul Watzlawick- no podemos no comunicar. Tejemos vidas al anudar este hilo actual con el hilo de la historia. Ayudamos a salir a las personas de sus nudos y a tejer otras historias para sí mismos primero y luego para las generaciones futuras.

Y en este proceso, ¿a quién le corresponde la responsabilidad del cambio?

En esta historia, que se teje en las horas compartidas, en las horas de consulta, de supervisión, hay algo que se expresa en cada uno de nosotros y que es esa libertad para elegir. Puedo compartir mi experiencia, mis pensamientos sobre lo que el otro me ha planteado, pero al final ¿a quién le corresponde la elección? Esta libertad va acompañada de responsabilidad. Si bien es cierto la libertad y la autodeterminación son importantes si queremos llegar a ser nosotros mismos, recordemos siempre que esta libertad se expresa en un contexto relacional y como lo dijo Gandhi, mi libertad termina donde comienza la de los demás.

Creo que el poder de elección es una característica fundamental de nuestra humanidad. Y en esta posibilidad de elección se manifiestan muchas opciones: Elegir ser, elegir una acción, un camino. Incluyo en esta elección, lo que menciona Neuburger, en su texto *Ética terapéutica*: una ética de la elección: incluso podemos aceptar en nuestra práctica, la elección asumida de la homeostasis, elección nada fácil, sin embargo ayuda cuando la persona siente que no puede ir más lejos y prefiere asumir lo que sucede actualmente, ya que podemos tener muchos buenos deseos; pero algo que no podemos hacer, es elegir por el otro.

Así lo dice Paulo Coelho en la Quinta Montaña³:

El hombre precisa escoger y no aceptar su destino.

Qué apreciación doy a la calidad de servicios y a mantener la equidad en el intercambio.

En este camino, creo en la posibilidad de dar lo que nos han dado (devolver como dice Nany), lo cual restablece el libro de cuentas transgeneracionales. De esta manera, puedo pagar lo que otras personas hicieron con generosidad y desprendimiento, por mí: una forma de pagar la formación que he recibido en Bélgica es haciendo lo mismo por otras personas, formando como fui formada, contribuyendo a un proceso de reflexión y que espero sea de crecimiento, así como contribuyeron y siguen contribuyendo a mi propio proceso personal. Veán ustedes, como aquellas personas a las que he formado, son, quizá sin tener una clara conciencia de ello, la tercera generación en este camino.

Pero este dar no es un intercambio mercantil, es una forma de mantener lo que Iván Boszormenyi-Nagy, definió tan bien, como la Ética Relacional, es decir el equilibrio entre el dar y el recibir, a través de las generaciones. Sin embargo, aunque algunas personas sostienen que no podemos dar lo que no hemos recibido, tengo la firme convicción de que esto sí es posible. Es posible dar lo que no hemos recibido, entendiendo por esto una capacidad de aprender de nuestra historia, de entender lo que no hemos recibido y hacer esfuerzos por dar algo que no conocemos de adentro, pero que nos hubiera gustado recibir.

Pero ¿cómo llegamos a esta elección? El camino implica un trabajo sobre nuestra historia, cuando nos damos cuenta de lo que ha faltado, de lo que nos hubiera gustado recibir, podemos elegir consciente y libremente el DAR. ¿Ven ustedes como los elementos se tejen y entretajan unos con otros? La libertad de elección se vincula con el dar y esto con el trabajo de la historia. Así tejemos historias, así tejemos vidas, así tejemos nuestra vida y así obtenemos una

legitimidad constructiva, como la nombró Boszormenyi-Nagy, y al hacerlo así, también podemos formar una espiral, en donde yo, que obtengo legitimidad a través de mi quehacer, contribuyo también a que otras personas la obtengan, manteniendo a su vez, la esperanza de que estas personas se introduzcan en la espiral y a su vez, hagan por otras personas, lo que he hecho por ellas.

Paulo Coelho lo dijo en *Brida*⁴:

No participes solo de lo que puedes entender, pues te perderás cosas importantes de la vida y tendrás experiencias repetidas. Encuentra la valentía para cambiar.

En el seminario de espiritualidad donde contamos con el padre Grimes, cuando revisábamos los dones de un terapeuta, él mencionó la idea de que el Sufrimiento es un Don. Me uno a esta idea ya que creo que una dosis de dolor prueba nuestro valor, nos enfrenta a nosotros mismos, a lo que realmente somos, a lo que realmente tenemos y con quién contamos.

Paulo Coelho lo dice muy bien en *la Quinta Montaña*⁵:

Hay momentos en que las tribulaciones se presentan en nuestras vidas y no podemos evitarlas, pero están allí por algún motivo. ¿Qué motivo? Es una pregunta que no podemos responder antes ni durante las dificultades. Solo cuando ya las hemos superado entendemos por qué estaban allí.

En otro momento del mismo libro, dice:

La única oportunidad que una tragedia nos ofrece es la de reconstruir nuestra vida.... Lo

que había parecido el fin significaba ahora la posibilidad de hacerla más bella. La destrucción era necesaria para que las fuerzas que dormían dentro de todos nosotros pudieran despertar⁶.

Esta es la opción que el dolor nos plantea. Una forma de crecer como ser humano es a través del dolor. Sólo al pasar por el cincel es que el diamante da a conocer todo su valor. Sin embargo, no creo en el dolor por el dolor. Existen dolores que se repiten una y otra vez y a menudo las personas se preguntan ¿por qué? La pregunta no es por qué, sino ¿qué puedo aprender de esto?, ¿qué debo dejar que muera para que algo crezca? Sin embargo, me parece necesario tomar en serio el sufrimiento, el propio y el ajeno. El dolor solo nos indica el lugar de nuestras heridas, aquellas que hemos vivido.

Este tomarse en serio me parece importante cuando acompañamos a alguien en su dolor, ya que la persona se sentirá aceptada en su esencia. Lo que resulta paradójico en un proceso terapéutico es precisamente que una de las características o síntomas que nos muestra que el dolor comienza a ser superado, es precisamente el hecho de que la persona aprende a no tomarse tan en serio a sí misma, aprende a reírse de sí misma y esto alivia el corazón de un peso inmenso, porque nos señala que la vida tiene esos momentos y otros más.

Entonces, tenemos que el dolor es una forma de aprender, pero otra forma de hacerlo es a través del propósito. Creo que la vida tiene un propósito para cada uno de nosotros y el hecho de caminar hacia el cumplimiento de ese propósito en lo que hacemos, en lo que somos, nos brinda una sensación de satisfacción interna, porque tenemos el convencimiento de que lo que hacemos sirve para algo en el momento actual, con las personas con las cuales estamos; y dejará algo para el futuro, cuando ya no estemos.

Cada momento de nuestra vida es una oportunidad, incluso, el dolor, por lo que los invito a preguntarse: ¿me siento a gusto con lo que hago?, ¿me siento a gusto con lo que soy? Si las respuestas a estas preguntas son un sonoro **Sí** en su interior, entonces es que estamos cumpliendo nuestro propósito y vamos en el camino de la realización personal. Pero si la respuesta es un no, o una duda, entonces las preguntas siguientes son: ¿qué debe cambiar en mi vida para llevarme hacia lo que me gusta hacer, hacia lo que me gustaría ser? Cualquier experiencia que vivimos actualmente si la analizamos bajo el lente del propósito, nos mantiene en nuestro camino. Porque cada uno de nuestros pasos, en todos los instantes de la vida, tiene un significado mayor que nosotros mismos.

Creo en las diferencias porque al descubrir las diferencias se abren posibilidades. Sólo cuando podemos ver que existe algo más allá, algo diferente, aparece la posibilidad de elección y cuando se restablece esta posibilidad, podemos crecer. Esto se manifiesta en la idea de que la relación terapéutica debe establecer esta diferencia para nuestros consultantes, la relación terapéutica empática, abierta, permite que ellos puedan vivir una experiencia de algo diferente, algo que quizá ellos no recibieron: como reconocimiento, escucha, atención. De esta forma damos algo que ellos no tuvieron. ¿Ven ustedes cómo se van entretejiendo los diferentes hilos?

En este camino, creo en el diálogo como la posibilidad de intercambiar ideas, pensamientos, sentimientos, historias. Puede ser que no esté de acuerdo con lo que la persona dice, sin embargo el diálogo construye puentes para lograr entendernos, incluso en nuestros puntos de vista diferentes. El hecho de que el otro, un paciente en este caso, señale algo diferente a mis creencias, no necesariamente corta el diálogo. Pero nuevamente, señalo que entender la posición del otro no significa bajo ningún punto de vista aceptar

cualquier hecho. En este sentido, entonces, también los límites son importantes y son límites dictados por mis valores, por mis creencias, por mi historia. Como ya lo dijo Voltaire:

Estoy en desacuerdo con lo que dice, pero defenderé hasta la muerte su derecho a decirlo.

Pero este diálogo no es solo con el otro, también existe otro diálogo que abre otras posibilidades. Aquel diálogo que entablamos a solas, con nosotros mismos, donde no podemos escondernos, donde no podemos engañar. Es en este encuentro donde podemos pensar sobre nosotros mismos (atributo fundamental de nuestra humanidad, que es la historia de la serpiente que se muerde la cola, como lo demuestra muy bien Maturana en su libro el árbol del conocimiento). Este encuentro nos permite profundizar en el conocimiento de nosotros mismos, ya que la principal herramienta en un proceso terapéutico, desde mi punto de vista, somos nosotros, en nuestros valores, en nuestros límites, en nuestra simple y llana humanidad.

Qué puedo decir sobre las teorías de base de las técnicas y de la formación del terapeuta.

La posibilidad de reflexión sobre nosotros mismos, se expresa fundamentalmente a través de la posibilidad de reflexión sobre el impacto que una historia tiene en mi vida, sobre lo que el otro me dice y cómo esto resuena en mí, sobre la necesidad de revisar nuestra historia, mejor si lo hacemos con el acompañamiento de otra persona: terapeuta o supervisor.

Este tiempo de introspección, de conocimiento personal, me lleva directamente a la importancia de trabajar nuestra propia historia. Imaginémonos por un instante que nuestra vida es una mochila. Pensemos cómo es esta

mochila: ¿es grande, mediana o pequeña?, ¿qué colores tiene?, ¿está desgastada por el uso o siempre es nueva, es la misma o andamos cambiando de mochila cada cierto tiempo? ¿Y qué llevamos en esa mochila? Piensen en sus recuerdos, en sus dolores, frustraciones, en lo que no recibieron y que merecían recibir. Piensen en sus alegrías, en sus dones y atributos, en lo que sí recibieron y que también están dando.

Todo eso, somos cada uno de nosotros. Nuestra historia está ahí, cargada de tormentas y nubes negras y también rayos de sol. Pero, mientras más nubes negras hay, tenemos que tener más cuidado, porque éstas, como sucede en la realidad obscurecen el paisaje y no nos dejan ver muy clara la situación y nos obligan a buscar refugio. La revisión de nuestra mochila es fundamental en cada momento de nuestra vida, ya que, ¿cómo podemos pedir a otras personas que revisen lo que llevan en sus mochilas, si nosotros mismos no tomamos el riesgo de hacerlo?

Viene a mi mente una historia que dice: “Un hombre recibió cierta vez, la visita de algunos amigos, que al verlo viejo y sabio le pidieron que les enseñase cuál era la manera de rezar y qué debían pedir a Dios. Sonriente, el anciano respondió: Al principio yo tenía el fervor de la juventud, que cree en lo imposible. Entonces, me arrodillaba ante Dios y le pedía que me diera la fortaleza para cambiar a la humanidad. Al poco tiempo vi que era una tarea que iba más allá de mis fuerzas. Entonces comencé a pedirle a Dios que me ayudara a cambiar lo que estaba a mi alcance. Pero sólo ahora, al final de mi vida, es que entendí el pedido que debía haber hecho desde el principio: que yo fuese capaz de cambiarme a mi mismo”.

Porque el secreto de la felicidad está en mirar todas las maravillas del mundo sin olvidar nunca las cosas sencillas

que tenemos en nuestras manos. Ya lo dijo Antoine de Saint-Exupery en el Principito (1982: 72):

Solo se ve bien con el corazón, lo esencial es invisible a los ojos.

Sin embargo, este trabajo personal debe complementarse con algunos elementos como:

- < Una sólida formación en alguna teoría que sustente el trabajo psicoterapéutico. En mi caso, ha sido la epistemología sistémica, pero creo que lo importante es tener un marco conceptual que oriente nuestra práctica.
- < Un proceso de actualización de conocimientos sobre el área escogida, ya que siempre existe información nueva que puede enriquecer nuestro trabajo.
- < Un continuo proceso de revisión de nosotros mismos, de nuestro ser, de dónde estamos y cómo estamos, hoy, en el momento actual, con momentos de introspección, de vivir algo con nosotros mismos. Esto puede hacerse a solas y mejor con alguien, un terapeuta o supervisor, ya que, como dice Iván Boszormenyi-Nagy: forjamos nuestra identidad en un contexto relacional, el otro es parte constitutiva de nosotros mismos. El otro entonces contribuye a nuestro crecimiento.
- < La acumulación de experiencia tanto profesional como personal. Conforme avanzamos en nuestro propio recorrido, nuestro trabajo se va enriqueciendo por esta experiencia, mejorando nuestra comprensión de los seres humanos y de nosotros mismos, a través de las experiencias de vida: los encuentros y las despedidas, los grupos en los que nos movemos, las nuevas cosas que vivimos y las nuevas formas que adquirimos para

enfrentar nuevas y antiguas situaciones. Son éstas las que constituyen la riqueza de nuestra práctica.

En este proceso, ¿qué clase de datos es importante tomar en cuenta?

Todos estos elementos se conjugan y determinan la atención que le prestemos a los datos que conseguimos. La información que obtenemos debe ser ÚTIL, en el sentido que nos proporciona una mejor comprensión, una visión más clara de lo que sucede en la vida de la persona. Las preguntas que planteamos deben conducir entonces a encontrar información PERTINENTE, que nos ayude y ayude a los consultantes a entender mejor lo que les está pasando y a encontrar alternativas para lo que están viviendo.

Esta información, puesto que constituye momentos de la vida de las personas que acuden donde nosotros, es importante guardarla de la manera más adecuada, ya que también está sujeta al principio de la confidencialidad, fundamental en nuestro trabajo.

De esta manera, espero haber respondido a las preguntas planteadas al inicio. Sin embargo, deseo terminar esta reflexión mencionando que el telón de fondo de todos estos elementos, algo que matiza todo mi quehacer, es una profunda creencia en la VIDA. Una vida con mayúsculas, una vida que se abre paso brusca o suavemente, tormentosa o pacíficamente, pero que está en mí, en todos nosotros, en todo aquello que nos rodea. ¿Y por qué termino mis reflexiones con este tema?: porque creo finalmente que el trabajo del psicoterapeuta es una invitación a vivir, una invitación para el otro y para mí también.

Es una invitación a vivir la vida con todo lo que ella nos trae, a vivir nuestra humanidad hasta las últimas

consecuencias, con el dolor y las lágrimas, con la rabia y los temores; pero también con las alegrías y las risas, con los momentos de hoy y que en las horas de consulta, comparto contigo. Con los momentos que ya pasaron y que me cuentas cuando hablas de tu historia y con los momentos que vendrán y que me cuentas cuando hablas de tus sueños. Porque pienso que en su expresión más sencilla y verdadera, la vida es simplemente eso: momentos y se abre camino por donde podríamos pensar que no es posible encontrarla y se muestra en las lágrimas de nuestros consultantes, pero también en sus risas, en sus silencios, en sus preguntas. Porque el otro se deja conocer mucho en lo que dice, pero también se deja conocer profundamente en lo que calla.

 Mi mejor deseo para cada uno de nosotros en esta tarea de ser psicoterapeutas y de ser éticos en este proceso, es que podamos escuchar esa vida que nos susurra en todos esos momentos.

NOTAS:

¹ BENEDETTI, M. 1994. pp. 34. (...)

² COELHO, P. 1990. pp. 161. (...).

³ COELHO, P. 1998. pp. 197. (...)

⁴ Op. Cit. 36.

⁵ Op. Cit. 46.

⁶ Op. Cit. 201, 210, 211.

BIBLIOGRAFIA

BENEDETTI, M. Las Soledades de Babel. 1994. pág. 34.

COELHO, P. Brida. 1990. pág. 161.

COELHO, P. La Quinta Montaña. 1998. pág. 197.

SAINT-EXUPERY, A. El Principito. 1982. pág. 72.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES SISTÉMICOS Y PSICOSISTÉMICOS, QUE INFLUYEN EN LA SEPARACIÓN Y RUPTURA CONYUGAL

María del Carmen Borrero de Muller

Licenciada en Psicología Clínica y en Psicología
Industrial por la Pontificia Universidad Católica del
Ecuador

Máster en Asesoría, Intervención y Terapia Familiar
Sistémica por la Universidad Politécnica Salesiana de
Quito

El propósito del presente artículo es compartir algunos conocimientos teóricos y experiencias de mi trabajo como psicoterapeuta familiar sistémica. A diario atiendo a parejas que se encuentran en las diferentes etapas del conflicto conyugal. Unas vienen por crisis circunstanciales y sin mayor impacto en el subsistema pareja, otras han caminado mucho tiempo en el conflicto y se encuentran cercanas a la ruptura, o inclusive están ya separadas o divorciadas. Considero que el entender el problema presentado, desde una visión sistémica y psicosisistémica, puede ser de gran ayuda para los pacientes, tanto para la prevención de la ruptura como para el manejo de la crisis y duelo en caso de divorcio. Trabajar en el proceso de hacer consciente una relación inconsciente ayuda a responsabilizarse de la relación y a prevenir un segundo divorcio. Este estudio pretende contribuir y ofrecer elementos de análisis a los asesores y terapeutas sistémicos que se encuentran trabajando con parejas, bien sea para prevención o para el proceso terapéutico.

El marco conceptual en el que se desarrolla el tema tiene que ver con una integración de mi formación de psicóloga clínica con la de terapeuta familiar sistémica. Por tanto, la visión será tanto desde lo sistémico (relacional), como desde lo psicosisistémico (historia personal y familia de origen).

Empezaré por analizar brevemente los factores que influyen en la separación desde una perspectiva bio-psico-social-cultural y espiritual, para luego centrarme en los aspectos psicosisistémicos.

Desde una concepción sistémica considero que el divorcio puede ser provocado por diversos factores provenientes de cada uno de los subsistemas que conforman

el sistema familiar: persona, pareja, familia. Así también como por factores: físicos o biológicos, interpersonales, intrapersonales, sociales, culturales y espirituales.

El enfoque psicossistémico toma en cuenta todo lo anterior, pero enfatiza en la relación con “el objeto interno” que tiene cada uno de los cónyuges, y en la influencia que ésta tiene en la elección de pareja y en los conflictos conyugales. Muchos de los problemas de las parejas tienen que ver con asuntos no resueltos con sus familias de origen, y que luego son proyectados en sus cónyuges.

Estos diversos factores no son excluyentes, sino que generalmente se encuentran interrelacionados. Generalmente en una ruptura y separación existen varios de ellos juntos y con una causalidad circular dentro de la pareja. Un ejemplo de ello sería: una pareja que está en crisis de la edad media, con ciertos cambios fisiológicos, los hijos salieron de casa, la pareja tiene conflictos en su relación sexual, existe infidelidad, pérdida de comunicación, indiferencia, aislamiento; están en un proceso de deterioro de la relación que puede llegar a la ruptura. Al hablar con ellos, se puede observar un crecimiento desigual, expectativas y sueños no cumplidos por una idealización de la pareja hecha al momento de la elección consciente, además una elección inconsciente que busca satisfacer las necesidades propias del vínculo primario, dependencia emocional, falta de identidad propia, imposibilidad de reconocerse como individuos completos aun sin la presencia del otro. Todo esto lleva a deducir que la crisis es intensa ya que estos factores se retroalimentan negativamente, y hacen que el conflicto llegue a un estado probablemente inmanejable, que puede atentar contra la relación.

Conocer la dinámica relacional y la dinámica intrapsíquica ayuda a programar el nivel de intervención que

se va a realizar, de acuerdo con el pedido y las metas del paciente.

FACTORES SISTEMICOS QUE INFLUYEN EN LA SEPARACIÓN CONYUGAL:

⟨ **Factores físicos o biológicos:** Es importante considerar la etapa del ciclo vital en el que se encuentra la pareja que asiste a la consulta, pues esto puede darnos algunas luces al momento de hacer la hipótesis y entender la función del síntoma. Otro punto importante que se debe averiguar es el tiempo de matrimonio, la edad a la que se casaron, el motivo por el que lo hicieron.

Si bien no existe una edad de mayor propensión para el divorcio, sí se observa una mayor frecuencia de rupturas al comienzo de la vida adulta, al igual que en parejas que iniciaron su matrimonio en la adolescencia.

Los matrimonios que se realizan por obligación debido a un embarazo, por ejemplo, pueden tener mayores posibilidades de sucumbir. Es difícil empezar la relación siendo familia, sin antes haber podido compartir y reafirmarse como pareja. Además en muchos casos, el matrimonio interrumpe planes personales y profesionales, y puede ser una etapa en la que aún no se había completado el proceso de identidad.

En mi experiencia profesional he visto varios casos de matrimonios que se acaban cuando los hijos abandonan el hogar (etapa de nido vacío). La pareja vuelve a reencontrarse y muchas veces ya no tienen nada en común. Parecería ser que estaban unidos por los hijos, y al desaparecer éstos, la pareja se queda sin proyecto compartido. El nido vacío no es la causa sino un

desencadenante, que desenmascara un proceso de distanciamiento paulatino.

En esta etapa del ciclo vital se dan varios cambios dentro del sistema familiar nuclear y extendido. Los hijos salen de casa, los maridos se jubilan, los padres envejecen y necesitan más cuidado, hay cambios hormonales que muchas veces afectan el carácter y las relaciones sexuales. Todo este conjunto de factores pueden influir en la relación de pareja.

Cabe aclarar que las crisis que se producen en el paso de un ciclo vital de la persona y de la familia a otro, son esperadas y no son la causa de la ruptura de la relación, pero lo que hacen es agudizar conflictos ya existentes en la pareja.

Otro factor físico que puede provocar ruptura de la relación, es la **infertilidad** tanto del hombre como de la mujer. Si una pareja busca la procreación como el único sentido para estar juntos, entonces la falta de hijos puede ser una causante para separación o divorcio.

< **Factores relacionales:** En la relación de la pareja existen muchos factores que pueden causar conflictos serios y llevar a la ruptura. Analizaré algunos de los que más se repiten como la causa “nombrada” de divorcio.

< **Adulterio o infidelidad:** Parecería ser la causa más frecuente de ruptura de la relación de pareja. En muchos casos, el adulterio es visto por el otro como una ofensa irreparable que no permite continuar con el matrimonio. La persona no puede considerar la infidelidad como un síntoma de un problema relacional, sino como una falla en la que hay un culpable que debe ser castigado. Ventajosamente algunas parejas, una vez superada la crisis inicial, si llegan a entender

que si bien la infidelidad es una falta seria, no necesariamente tiene que acabar con la relación. A no ser de que ésta vaya acompañada de ausencia de amor u otros factores que afectan la integridad de la persona ofendida.

Desde la perspectiva sistémica y en mi criterio, la infidelidad es un problema relacional en la mayoría de casos, y debería ser tomada como un síntoma de conflictos e insatisfacciones de la pareja, que al ser tratados pueden ser solucionados. Esto no obsta, que ocasionalmente no haya motivos individuales que lleven a un cónyuge a repetir pautas aprendidas en su familia de origen, o referentes a su historia personal.

Según Nelly Rojas, psicóloga colombiana y autora del libro “Separación de las parejas” son innumerables las causas que llevan a un miembro de la pareja a comprometerse afectiva y sexualmente con una tercera persona. Entre ellas se encuentran: problemas de comunicación, disfunciones sexuales, miedo a envejecer y aceptar la edad, forma de dar y recibir afecto, dificultades en la manera de erotizar el vínculo, rasgos de personalidad que lo llevan a buscar periódicamente una relación paralela, rutina, insatisfacción profunda de las necesidades y expectativas, curiosidad, medios de comunicación.

⟨ **Desajustes sexuales:** Es común ver parejas que se separan por disfunciones o desacuerdos sexuales. La dificultad de expresar necesidades, deseos y la forma como se lleva a cabo la ejecución sexual, trae conflictos a la pareja. En especial al hombre que ha sido educado en forma machista, se le dificulta admitir que tiene problemas sexuales y lo que hace es expresar de forma indirecta a través de incomunicación, violencia, infidelidad. Este es un comportamiento frecuente en nuestro medio.

La insatisfacción sexual es una de las causas de mayor disputa dentro de las parejas en conflicto. Varias de estas disfunciones sexuales comienzan como una ligera insatisfacción y van agravándose hasta que asumen las proporciones de una crisis. Esto es porque no se discuten abiertamente. Otras veces los conflictos sexuales pueden indicar otros problemas más profundos, tanto de la relación de la pareja como de la propia persona.

En contadas ocasiones los problemas sexuales surgen de algo tan simple como ignorarlos. La mayoría de las veces son producto de ansiedades, problemas del pasado no resueltos, traumas pasados, tensiones relacionadas con el matrimonio o con el trabajo. También puede ser producto de una ausencia de educación sexual, o una distorsión del sexo visto únicamente como genitalidad.

Enumeraré a continuación algunas de las dificultades sexuales que producen graves crisis en las parejas, y que podrían ser subsanadas, pero por falta de conciencia y muchas veces por el temor de plantear y enfrentar el problema, pueden llevar a la ruptura de la relación:

- < Impotencia
- < Eyaculación precoz
- < Desinterés femenino (bajo nivel de deseo)
- < Disfunción orgásmica
- < Frigidez

< **Violencia, maltrato:** Constituyen factores predominantes que causan la ruptura del vínculo de la pareja, sobre todo cuando llega a extremos donde existe riesgo de vida.

Este es un fenómeno que puede darse en todas las clases sociales, económicas y culturales. Todas las frustraciones producto de factores tales como: pobreza,

presión en el trabajo, conflictos con el medio, dificultades en la relación sexual, problemas con la familia política, son descargados a través de violencia intrafamiliar.

En la actualidad con la difícil situación económica que atraviesan el país y las familias ecuatorianas en donde el índice de desempleo ha alcanzado cifras alarmantes, se ha notado un aumento considerable de casos de violencia. A mi consulta concurren muchas mujeres que son víctimas de violencia y maltrato por parte de sus esposos o compañeros. Esta violencia no solamente es física sino que además es psicológica pues mina la autoestima y la valoración de las personas, llevándolas incluso a sentir que la merecen y que son las culpables. Mucha de esta violencia de pareja es trasladada a los hijos, quienes a su vez se convierten en víctimas de su madre, generalmente.

Al estudiar el genograma se ve que la violencia es una pauta repetitiva de transmisión generacional y que es la forma como se aprendió a actuar frente a los conflictos. La mayoría de individuos violentos han crecido en hogares hostiles y han sido maltratados cuando niños. Estos al formar sus nuevos hogares se convierten en víctimas o victimarios.

La violencia también está estrechamente relacionada con el consumo de alcohol y drogas. Estas aceleran la ansiedad, y actúan como un detonador que provoca la pérdida del control y produce una irritabilidad y violencia que en situaciones cotidianas y de sobriedad no se darían.

< **Alcohol, drogas y otras adicciones.** Entre las adicciones más graves y frecuentes se encuentran el alcohol y las drogas. Nuestra cultura admite socialmente el uso del alcohol y en alguna manera lo valida. Es un sinónimo de machismo y puede ser usado como una forma de evitar intimidad afectiva, tanto consigo mismo como con su pareja.

Si bien los efectos del alcohol y la droga no son generalmente causas de ruptura - aunque podrían ser- contribuyen a intensificar los conflictos en la pareja, tales como la violencia, la incomunicación, las disfunciones sexuales. En muchos casos la separación no llega, pues la persona adicta convive con otra que es codependiente y que se caracteriza por su sometimiento y dependencia. Son parejas que pueden durar años unidas, que se tratan a gritos y en pelea constante, pero se mantienen juntas. Los efectos dañinos van contra los hijos que viven en un ambiente de peligro constante, y aprenden una forma de comunicación alcohólica que más tarde repetirán en sus nuevos hogares, aunque deseen evitarlo. (Pauta intergeneracional).

Una de las razones es que los dos miembros de la pareja tienen una autoestima muy baja y no pueden vivir solos, enfrentar la responsabilidad y tomar a cargo su vida. Es común observar que la pareja del adicto se siente responsable de lo que sucede. Aunque es maltratado, humillado, siente que las cosas cambiarán en algún momento, gracias a su ayuda. Esto se convierte en una frustración constante, pues el adicto sólo mejorará cuando tome conciencia de su enfermedad, t comprenda qué hay detrás de su comportamiento y busque ayuda profesional. A su vez el cónyuge debe revisar su papel en la relación con el adicto.

La adicción está estrechamente relacionada con la codependencia o dificultad para entablar una correcta relación consigo mismo y poder interrelacionarse con los otros sin necesidad de fusionarse.

Parecen existir por lo menos cuatro procesos adictivos que tienen la capacidad de hacer confusa la realidad y que deben abordarse antes de que se pueda tratar con efectividad la codependencia. Estas cuatro adicciones son:

〈 Adicción al alcohol y a las drogas

- < Adicción al sexo
- < Trastornos graves relacionados con los juegos de azar
- < Trastornos graves relacionados con la comida (anorexia grave, bulimia o exceso de comida), a un nivel casi letal.

< **Falta de diálogo:** La falta de comunicación o la mala comunicación en las parejas, es una de las primeras causas de divorcio. Las necesidades al no ser expresadas producen frustración e insatisfacción; las mismas que se van acumulando hasta llegar un momento en que el conflicto es tan grande que se hace muy difícil manejarlo. En otras ocasiones lo no expresado verbalmente es manifestado a través de comportamientos de violencia, de rechazo, de dolencias psicosomáticas, que lo que hacen es afectar a las personas y a su relación. Se sabe que la violencia se da cuando falla la “palabra”.

La represión de la expresión de sentimientos por falso pudor o educación. La falsa idea del control de uno mismo, hace que las personas se acostumbren a no decir lo que piensan, y a esconder lo que sienten, y cortan la posibilidad de intercambio, no sólo en lo profundo, sino en lo trivial, desembocando en una ruptura. Muchas personas callan también por temor a ser rechazadas o abandonadas.

Otras expresan sus necesidades o deseos pero desde el reclamo y la ira, y lo que hacen es introducir un elemento de discusión y violencia en la relación. La escucha del otro no es posible en esa situación.

< **La costumbre y la rutina:** La rutina en los hábitos, en la manera de vivir, en el amor mismo, va haciendo que la pareja pierda interés en el otro; que se acabe la sorpresa, la creatividad del matrimonio. La monotonía es un elemento

que lleva con frecuencia al deterioro y a la ruptura del vínculo, o a la infidelidad.

⟨ **Los celos y la desconfianza:** Los celos pueden aparecer en cualquier etapa de la relación: durante la fase pasional, el enamoramiento, en etapas posteriores de amistad, durante períodos de infidelidad, o incluso durante la ruptura final.

Los celos cuando son permanentes y constantes, se convierten en una “plaga” del matrimonio. Estos celos patológicos llevan a constantes fricciones que conducen a la separación. Tal es el caso de personas inseguras que han tenido vivencias dolorosas en su vida emocional, que no fueron suficientemente amados por sus padres, o que pertenecen a un hogar donde su padre hacia sufrir a la madre por constantes deslealtades.

Aunque hombres y mujeres son igualmente celosos, los ataques de celos patológicos en el varón suelen ser más destructivos y llevar con más frecuencia a actos impulsivos de violencia física contra la pareja. En cierta manera, el hombre es más receloso y desconfiado de la infidelidad sexual, mientras la mujer puede llegar a ser más comprensiva o indiferente hacia la infidelidad del compañero. Las mujeres con la finalidad de mantener la relación, son capaces de separar el significado de una aventura, de lo que es una relación estable de matrimonio.¹

En una cultura de corte machista como la que tenemos en Ecuador, la infidelidad masculina puede ser tolerada en alguna manera e incluso festejada dentro del grupo de amigos. Es vista como una “aventura” o una muestra de virilidad. No sucede lo mismo con las mujeres. Un hombre ecuatoriano tiene mucha presión social al momento de juzgar la infidelidad de su esposa. No se puede afirmar esto como

una verdad total, pero sí como algo que ocurre generalmente. De todas formas, incluso en las culturas donde se tolera el adulterio, los celos son una causa frecuente de conflicto en las parejas.

Los celos pueden darse también hacia los hijos, los amigos, el trabajo, un pasatiempo. En definitiva son consecuencia de un reclamo frente a un incumplimiento de las expectativas de atención y dedicación que un miembro de la pareja requiere del otro.

〈 **Presencia de terceros:** La presencia de una tercera persona rompe la intimidad de la pareja, especialmente si ésta interviene en los conflictos, haciendo alianza con una de las dos partes.

La relación demasiado cercana de uno de los miembros de la pareja con su familia de origen, causa conflictos en la pareja e incluso puede llevarla a la ruptura y separación. Pienso que el hijo que no ha podido independizarse emocionalmente de sus padres, y sigue ligado a una relación no resuelta, tendrá dificultades para compartir a plenitud con su pareja y consigo mismo. Este tema se lo entenderá mejor después de la explicación de lo que es la diferenciación en la familia de origen, propuesta por Murray Bowen, y que la trataré dentro de los aspectos personales.

Los amigos o el trabajo también pueden ser factores de triangulación y conflicto en la pareja.

〈 **Necesidades y expectativas frustradas:** Decepción por que el otro no llena el rol esperado, no satisface las necesidades o expectativas. Existe una idealización de lo que debe ser una pareja feliz que viene dada por una gran influencia de los medios de comunicación, que pintan la pareja

ideal en la que nunca existe un conflicto. Esto alimenta enormes e inalcanzables expectativas de profunda intimidad emocional, comprensión total, satisfacción sexual plena, apoyo incondicional mutuo. Esta idealización es el caldo de cultivo de la decepción, la frustración, el resentimiento y la ruptura.

Adicionalmente a esta idealización producto de la influencia externa; existen necesidades inconscientes que no han sido satisfechas en la relación del vínculo primario y que por tanto permanecen intactas en las personas y que esperan ser cubiertas en su relación de pareja. Ante la imposibilidad de ser satisfechas producen dolor y decepción.

La carga emocional que se pone sobre la pareja resulta imposible de llevar, pues el cónyuge sería el responsable de cubrir una serie de necesidades propias de la persona. Muchas veces se escucha en consulta a uno de los miembros de la pareja, la frase “lo que pasa es que él (ella) no me llena”. Dando a entender por ello que el bienestar no se logra porque el otro, no me “completa”. Pienso que este punto se lo entenderá mejor luego de leer los factores intrapsíquicos que afectan a la pareja y contribuyen a la ruptura del vínculo.

Factores sociales, culturales y espirituales:

⟨ **Conflictos relacionados con los roles:** La influencia de la cultura es muy importante en este aspecto porque existen ciertos valores que son inherentes a la misma y que se convierten en “leyes” de la convivencia en la pareja. Si los miembros de una pareja tienen diferentes valores pueden tener choques serios. Tal es el caso de parejas que pertenecen a diferentes culturas, razas o credos.

También la forma de educación y el medio en el que se desarrollaron cada uno de los cónyuges influye en las

creencias y puede producir desacuerdos sobre roles masculinos y femeninos en general, como los conyugales en particular.

⟨ **La asimetría de la relación:** Uno de los factores que conforman y determinan a la pareja es la desigualdad de derechos y obligaciones que se observa entre el hombre y la mujer. Si bien esta situación empieza a cambiar en las nuevas generaciones y en las clases sociales más favorecidas, en que la mujer puede estudiar y trabajar; en los niveles de bajos recursos económicos no le es permitido dejar a un lado las tareas que la sociedad y las costumbres le exigen, completando así una doble jornada de trabajo o lo que se ha llamado “trabajo invisible”. De esta manera, su mundo aparece bastante limitado en su autonomía.

El hombre ha sido formado para ser él mismo, y su principal búsqueda es la defensa de sus derechos, hacia sus intereses laborales, sociales y productivos, mientras que la mujer ha sido formada para estar con su hombre, ser dominada por él en su vida afectiva. Se ve que incluso mujeres profesionales, políticas y productivas, que en terreno emocional presentan un enorme vacío de “completud” que debe ser llenado por la dependencia hacia su compañero. En este aspecto su autoestima es baja, matizada por un profundo miedo a la soledad. Ella vale si su compañero está, si existe el vínculo.

A través de la educación y los cambios de mentalidad de las familias, se podrá marcar una diferencia en el camino hacia la igualdad de los sexos. Y así es como ahora se ve una pequeña franja de población femenina, en especial que pertenece a las clases media y media alta de nuestro país y en la gente joven, en donde aparece una mayor independencia de la mujer.

· **Diferencias de raza, religión y de cultura:** Las diferentes razas, religiones y culturas, tienen sus propias normas de vida, hábitos, costumbres con los que educan a sus miembros. Cuando en la pareja existen diferencias de este tipo que no pueden ser negociadas por ser totalmente incompatibles o sumamente diferentes, estas acentúan las distancias, contraponen los marcos de referencia, dificultan la comunicación.

Si no existe aceptación y respeto al otro, o se exige renunciamentos sólo de una parte, puede llegar un momento de ruptura. El tratar de que una cultura o forma de ser, domine y sojuzgue a la otra, produce renunciamento, dolor, y puede terminar por acabar con una relación.

Un ejemplo de estas divergencias, sería el caso de una paciente a la que atiendo en terapia y que se encuentra separada de su esposo. Ellos tienen conflictos relacionados con la diferencia cultural, ella es una mestiza blanca y él es de raza negra. Para Pedro, la familia ampliada es sumamente importante y su relación es muy cercana. María piensa que Pedro no ha cortado el cordón umbilical con sus padres y se siente celosa por esta relación. A su vez la familia negra rechaza y discrimina a la mestiza, lo cual produce dolor en María y en sus hijos.

· **El manejo de los recursos: dinero y tiempo:** Muchos divorcios son causados por problemas económicos serios. Esta excesiva presión que tiene principalmente el hombre por cumplir las expectativas y necesidades de la familia, lo vuelven irritable, violento, lo llevan a buscar evasiones, como la infidelidad, el alcohol o la droga. O pueden afectarlo en sus relaciones sexuales y de intimidad, pues no tiene espacio ni tiempo para vivirla a plenitud. La crisis económica que vive actualmente el Ecuador influye en el nivel de ansiedad, angustia y genera frustración y violencia, y por tanto mayor conflicto dentro de la pareja.

El dinero es fuente de poder y conflicto en las parejas. En la actualidad se ve que las mujeres que trabajan fuera de su hogar y tienen una cierta estabilidad económica, se sienten más seguras de sí mismas y están menos dispuestas a aceptar relaciones de pareja conflictivas. En un estudio citado por L. Rojas Marcos, señala que en Estados Unidos en los últimos 25 años se duplicaron el número de mujeres que trabajan. Coincide que en ese mismo período las separaciones y divorcios también se duplicaron. En Ecuador no existen cifras exactas sobre este asunto, pero lo que sí he podido observar es que las mujeres que tienen sus propios recursos económicos están menos dispuestas a tolerar violencia o maltrato de cualquier tipo.

La mala relación de uno de ellos con los hijos y la diferencia en forma de educarlos son también elementos que contribuyen al conflicto conyugal. Si las faltas de los hijos son vistas como responsabilidad de uno de los progenitores y no del hijo, eso triangula la relación y crea coaliciones y alianzas dentro del sistema familiar.

· **Crecimiento personal asimétrico y problema de valores:** Existe un fenómeno especial en muchas de las parejas con las que he trabajado en consulta y es que, conforme pasan los años de matrimonio y los hijos crecen y dejan más espacio de tiempo libre, muchas mujeres que no habían podido estudiar, trabajar o realizarse profesionalmente, empiezan a despertar de su letargo y entran en una etapa de gran energía y búsqueda o rescate del tiempo perdido. Por otro lado, los esposos están cerca de jubilarse, cansados de actividad y conocimiento y lo que están buscando es retirarse, descansar y volver a casa. Este desfase entre energía naciente y búsqueda de retiro y descanso, trae conflictos serios en la pareja.

Muchas veces incluso los valores y sueños se vuelven divergentes y contradictorios. La pareja siente que perdió su punto de unión y que los mundos que viven pueden ser opuestos. Cada uno lucha por lo suyo y puede entrarse en un conflicto por disputa de poder o en una indiferencia en la que cada uno vive como una isla.

ASPECTOS PSICOSISTÉMICOS QUE SE ENCUENTRAN DETRÁS DE LA RUPTURA CONYUGAL

El aspecto psicológico o intrapsíquico tiene mucha influencia en el proceso de ruptura que lleva a la separación y el divorcio, la historia personal de cada uno de los miembros de la pareja, y la relación primaria no resuelta con su familia de origen, puede afectar a la relación de la pareja.

⟨ **Elección del compañero:** La pareja comienza cuando se hace la elección del compañero. De acuerdo a la teoría de las relaciones objeto, la atracción y selección están bajo la influencia de fuerzas conscientes e inconscientes.² Así podemos hablar de que detrás de toda elección consciente existe una atracción o elección inconsciente.

Para facilitar la comprensión inicial del tema, utilizaré una metáfora tomada del Rvdo. J. Grimes (psicoterapeuta sistémico): Así como la mariposa es atraída por la luz de la lámpara y al llegar a ella, se quema y muere, así las personas somos atraídas por una fuerza inconsciente que nos hace elegir un compañero con el cual repetiremos la misma historia, que aquella que vivimos con nuestros padres, o el mismo tipo de relación de pareja de ellos, y que conscientemente muchas veces tratamos de evitar. Esta repetición compulsiva tiene una explicación y una forma de detenerla.

Para explicar esta situación utilizaré las ideas propuestas por H. Hendrix un teórico de las Relaciones Objeto, quien aplica los principios de Fairbairn y los explica de una forma muy sencilla y clara. Hendrix³ toma el modelo neurocientífico de Paul McLean que divide el cerebro: en nuevo y antiguo. El cerebro nuevo es la corteza cerebral y tiene la mayoría de las funciones cognitivas. Esta es la parte consciente, la que tiene contacto con el exterior, toma decisiones, piensa, observa, proyecta, organiza información y crea ideas. Es este cerebro nuevo el que realizará la elección consciente basado en hechos reales tales como: edad, aspecto físico, factores culturales e intelectuales, el nivel socioeconómico, la procedencia, la creencia religiosa. Por otra parte, el cerebro antiguo contiene el tallo cerebral, conocido también como cerebro reptil, y el sistema límbico. Es atemporal: hoy, mañana y ayer no existen, todo lo que fue sigue siendo. Tiene poco contacto con el exterior y la realidad. Su labor es autoconservación y alerta. Este cerebro extrae sus datos de imágenes, símbolos y pensamientos que produce el cerebro nuevo. Estos dos cerebros constantemente intercambian e interpretan información.

La parte del cerebro que dirige la búsqueda de pareja es el antiguo, que está atrapado en el tiempo, y que lo que busca es repetir la situación de la relación con nuestros padres, para corregirla, o lo que sería igual regresar a la escena frustrante para resolverla. Nuestro cerebro antiguo trata de resucitar el pasado como una necesidad urgente de aliviar nuestras heridas de infancia, y para compensar las partes de nuestro Yo perdido que tuvo que ser reprimido para adaptarnos a la familia y a la sociedad. Se busca entonces una persona compensatoria. Así es como he visto dentro de la práctica clínica mujeres, que viven su vida sobre la base de los éxitos profesionales de sus esposos, compensando de esa forma, esa parte de su Yo que la negaron para cumplir el “rol de mujer” para el cual sus padres les programaron. Esta vivencia compensatoria ajena, crea dependencia y

produce un vacío en sus vidas. O la persona poco expresiva porque tuvo que reprimir sus emociones para ser aceptada y ahora busca alguien espontáneo y cariñoso para sentirse completa.

Lo que hacemos entonces es buscar una pareja que se parezca a nuestros progenitores. Una persona tiende a elegir en su pareja rasgos similares a los de sus figuras paternas, tanto en lo positivo como en lo negativo, y generalmente los negativos son los más influyentes. Una persona se enamora porque el cerebro antiguo confundió a su pareja con los padres.

Se unen los fragmentos de cada una de estas interiorizaciones idealizadas y se construye una imagen única, "silueta" o imago. Esta idea equivale al objeto interno al que se refiere Fairbairn. Hendrix lo define como:

"Una imagen compuesta de las personas que ejercieron mayor influencia en usted a temprana edad. Pueden haber sido su padre y su madre, uno o más hermanos o quizás una niñera o un pariente cercano".

Así es como, muchas mujeres eligen por esposos a hombres alcohólicos, infieles, periféricos; similares a sus padres con quienes sufrieron privaciones, con la única ilusión inconsciente de poder reparar el daño a través de vivirlo ahora de otra manera, en donde sus necesidades son satisfechas. Lógicamente la historia se repite y la herida se intensifica.

El hecho de sentirse atraído o no hacia una persona tiene mucho que ver con si se parecía o no al imago. El grado de atracción y enganche depende del nivel de coincidencia con las características de ese imago. Mientras mayor es la coincidencia mayor será la atracción inconsciente y por tanto mayor el peligro para la relación.

Generalmente las parejas típicamente se casan con personas de madurez emocional similar, con patrones defensivos opuestos (dominación - sumisión, superioridad – inferioridad, indefensión - cuidado, activo - pasivo), buscando la complementariedad y de esa forma la sensación de completud. M. Bowen diría que las personas se casan con personas con un nivel de diferenciación similar.

Un ejemplo de ello puede ser el de Elsa, una mujer que fue parentalizada durante su niñez y que buscó conscientemente un compañero “niño” para cuidarlo y repetir el rol de su familia, pero al mismo tiempo deseaba inconscientemente alguien que la cuidara y protegiera como no lo hizo su padre. Este “niño” posiblemente buscaba una mamá que fuese buena y amorosa. Al inicio de la relación no había conflicto, los roles eran complementarios: madre-hijo (cuidador_cuidado), pero pasado un tiempo la insatisfacción y la frustración se evidenció en Elsa, al no ser cuidada y atendida. Igual sensación experimentaba su esposo, pues la atención recibida no le parecía suficiente. La lucha de poder se hizo presente al igual que el conflicto. Las exigencias se hacen imposibles de cumplir pues no corresponden a la pareja y por tanto son irrealizables. Ahora se encuentran separados y la historia se repetirá una y otra vez, hasta que no se entienda el mecanismo inconsciente.

En la elección del compañero es también importante tener en cuenta que cada uno de los miembros de la pareja haya solucionado su relación con el padre de distinto sexo. Muchas mujeres quedan fijadas a su padre y se convierten en “hijas de papá”, sin poder encontrar un hombre que pueda superar esa relación. O también encontramos hombres que no pudieron desprenderse de su figura materna. Esta fijación puede acarrear problemas de tipo sexual. Es el caso de un hombre que presenta comportamientos sexuales

disfuncionales, debido a la asociación que hace entre su madre y su esposa, debido a la gran dependencia materna.⁴

Otras veces la relación de pareja se ha vuelto filial, los esposos son amigos, se quieren pero no se aman y su sexualidad se ha terminado. Así por ejemplo, la esposa siente que su marido es otro hijo más al que cuidar y proteger. Su vida sexual se va apagando, con frecuencia se bloquea.

Como ya se lo había mencionado anteriormente, la elección de la pareja es conflictiva cuando los rasgos del compañero perturban al otro porque lo hacen reaccionar como en el pasado. En lugar de sanar las heridas de la infancia lo que hacen es revivirlas porque el tipo de relación con su pareja es similar a su vínculo primario y eso le causa nuevamente frustración y dolor.

De la forma cómo el niño enfrente sus sentimientos ambivalentes de amor y odio, de atracción y rechazo surgidos de su relación con los padres, surgirá una elección de pareja más libre e independiente de esas primeras relaciones. Cuando el padre o la madre se encuentran idealizados, posiblemente se proyectará lo negativo en el cónyuge o en su familia política.

Aun después de divorciarse es común ver como las personas tienen una compulsión a repetir esta elección inconsciente y seleccionar el mismo tipo de compañeros, para repetir otra vez la misma historia. Es como si la ilusión de tener una persona ideal que cumpla mis deseos o necesidades persistiera, y se pensara que lo que se tiene que hacer es cambiar de persona, cuando en realidad el vacío es interior.

La única forma de terminar la compulsión repetitiva es hacer luto por los deseos e ilusiones de la gratificación de

los deseos infantiles. Hay que aceptar el dolor y la responsabilidad de que las necesidades son propias y que nadie puede satisfacerlas plenamente. Si no se hace luto la persona queda fijada en una etapa de su desarrollo. Este es un proceso que requiere de un trabajo de terapia personal, en donde se ve a los padres como seres reales ni totalmente buenos, ni totalmente malos, se activa una posición real en el adulto, y también se permita al niño llorar o rabiar por su dolor y por sus necesidades no satisfechas, para que luego pueda aceptar su realidad y perdonar.

El análisis de la elección consciente de la pareja, pero especialmente el de la elección inconsciente, conviene tenerlo en cuenta para conocernos y comprendernos mejor a nosotros mismos y comprender a nuestro compañero. Y más importante, para revisarlo en épocas de crisis como la que se produce a raíz de la separación o divorcio.

⟨ **La familia de origen y la historia personal:** La utilización del genograma o árbol genealógico emocional nos permitirá observar a primera vista, las alianzas, coaliciones, triángulos emocionales, manejo de poder y jerarquías, formas de resolver conflictos, características o pautas repetitivas, forma de hacer los cortes emocionales, lugar que ocupa dentro de la familia (Modelo de Bowen), para luego poder entrar en un análisis profundo, de tipo psicossistémico como el propuesto por Framo.

La familia de origen tiene mucho que ver en la relación de pareja, que tendrán sus hijos. Las personas pueden repetir sus pautas, hacer elecciones por lealtades o para buscar justicia y equidad de una forma inconsciente La forma como se maneja en la familia de origen: la comunicación, el poder, los límites, los roles, las alianzas y triangulaciones, influirán en cada uno de los miembros de una pareja.

Desde el enfoque del modelo Intergeneracional propuesto por Murray Bowen y el Contextual de Bozzormengy Naggy, se ve que existen ciertas pautas que se repiten a través de generaciones y que si una persona no trabaja para conocerlas y cortarlas no las podrá modificar. Vemos como se escoge un compañero para repetir el mismo patrón relacional que se daba en su familia de origen. También se puede ver la elección como una forma de hacer justicia con sus padres o abuelos, inclusive. El divorcio puede estar gestándose desde el inicio de esta relación, si no se hace algo para detener y cambiar la secuencia, pues es una pauta intergeneracional que se repite.

“Muchos divorcios son pasos que se dan en busca de unaseudodiferenciación, o empeños por librarse de una situación arcaica con la familia de origen.”⁵

Me pregunto si en muchas ocasiones, ciertas personas no recurren al divorcio como una forma equivocada de resolver los conflictos pendientes con su familia de origen, pensando que de esa forma están logrando terminar con el problema y encontrar su felicidad

Dentro de mi experiencia clínica, he trabajado con muchos casos de personas separadas o divorciadas, en donde el divorcio es una pauta que se repite intergeneracionalmente. Parecería ser que las personas eligen de antemano una pareja con la que se va a repetir el mismo tipo de relación de sus padres, sus abuelos, bisabuelos, etc., y además que encuentran que la forma de resolver esos conflictos es a través del corte o ruptura de la relación. Incluso me ha llamado la atención que el divorcio o ruptura no se da únicamente como una forma de terminar una relación emocional de pareja, sino inclusive como una manera de salir de conflictos con amistades, en el trabajo, y consigo mismo. El divorcio es la forma de hacer cortes emocionales.

Cuando las personas no resuelven los problemas con su familia de origen, especialmente con sus padres, trasladan estas dificultades a su relación de pareja, y terminan separándose o divorciándose. Por ejemplo, el caso de una mujer que se siente abandonada por su esposo, como su madre lo hacía con ella cuando era pequeña. O del hombre que manifiesta gran incomodidad con el comportamiento dominante y controlador de su esposa, como lo hacía la madre con él.

Framo plantea la tesis de que en el matrimonio se reviven los conflictos no resueltos dentro de la familia de origen, y que muchos de los problemas actuales que se dan dentro de la pareja se deben a proyecciones de los objetos internos que se hacen en el otro cónyuge. Cuando las reacciones frente al conflicto conyugal parecen desproporcionadas con relación a la situación real y actual, se puede pensar que existen conflictos vinculares anteriores a la pareja. La idea propuesta por este autor, es que al reactualizar la imagen de los padres y de la familia de origen, a través de las sesiones de terapia, la persona puede liberarse de esas ataduras o moldes que le dificultaban su relación conyugal o de pareja.

En el caso de personas separadas o divorciadas, el revisar sus objetos internos o imagos, actualizarlos y aceptar la ambivalencia afectiva, puede ayudarles a asumir su propia responsabilidad dentro de la ruptura conyugal, y facilitarles un proceso de elección consciente al buscar un nuevo compañero. Esto les ayudará también a integrar las partes negadas o proyectadas de su Yo y a definir su identidad.

< **Falta de individualidad o autonomía:** Para Napier y Whitaker, quizá es el factor más determinante para la separación y ruptura del vínculo conyugal.

“Si quisiéramos indicar el principal factor determinante del divorcio, sería quizás que las personas se casan, antes de tener firmemente establecido su individualidad independiente”⁶

Esto podría tener algo que ver con la edad cronológica a la que la persona forma la relación de pareja, pero lo más importante es la madurez psicoafectiva en el contexto del desarrollo integral de la persona. Entre las manifestaciones de madurez señaladas por estos autores se incluye: Ser objetivos y realistas. Capacidad de tolerar frustraciones, capacidad de elegir y decidir por sí misma. Autonomía, “ser uno mismo”.

De acuerdo con la teoría intergeneracional de M. Bowen, la diferenciación del self sería el término adecuado para referirnos a individualidad, madurez psicoafectiva o autonomía. Esta diferenciación del self es un proceso lento de desvinculación de la fusión inicial con la madre, para dirigirse a su propia autonomía emocional. El grado de diferenciación que el chico logra dependerá en mucho de lo que la madre lo permita, basada en su propio proceso de diferenciación de su familia de origen, a la relación que ésta tiene con su marido, a su capacidad de tolerar estrés y ansiedad para no triangularlo. Este proceso de separación de la madre, permite al niño acercarse a la figura de su padre y más tarde a otras personas. El nivel de diferenciación alcanzado dentro de una escala, determina el estilo de vida de una persona y la relación de pareja. Para este autor, la persona para casarse deberá encontrarse en un nivel de diferenciación relativamente alto, pues si no su elección será inconsciente y servirá para repetir pautas transgeneracionales de separación y divorcio.⁷

El exceso de dependencia de la pareja, es un síntoma de fusión no resuelto con su familia de origen. En el caso de

una mujer, por ejemplo, que pasa de la dependencia de sus padres a la del compañero. Recuerdo una frase de una amiga muy querida, que describe perfectamente esta realidad “es pasar de la cuna a la cama doble”. Es como no haber tenido la posibilidad de tener un espacio propio y entrar a compartir con el otro, sin haber experimentado aún la individualidad. Esto va a producir a la larga una relación asfixiante y conflictiva.

El otro extremo es el exceso de individualismo en cada uno de los miembros de la pareja, que vive su vida sin un mínimo de dependencia, sin compartir proyectos vitales, ni intereses comunes y sin tener una interrelación afectiva y sexual. Son como paralelas que nunca se unirán. Posiblemente no se divorciarán pues ya viven en un divorcio emocional.

Tampoco se debe confundir la “individualidad” con el individualismo y la superficialidad de ciertos pensamientos y acciones de los cónyuges, que pueden conducir en algunos casos a una decisión precipitada de separación o divorcio de forma unilateral, por no sentirse totalmente satisfechos.

Desde el punto de vista de las relaciones objeto, cuando el niño sale de la infancia tiene necesidad de exploración e independencia. Si en esta etapa el niño es frustrado en su deseo de autonomía y se le sobreprotege mostrándole “un mundo peligroso”, ese niño desarrollará una inseguridad y una relación simbiótica. Este temor a ser absorbido, se convierte en una parte clave de su carácter y más tarde será un “aislador”, una persona que inconscientemente aleja a los demás, pues necesita tener espacio y libertad. Si por el contrario, al niño sus padres no le cuidaron, no le atendieron, ese niño crecerá con una sensación de abandono emocional. Con el tiempo se convertirá en un “fusionador”, personas que parecen tener

necesidad insaciable de intimidad, de tener afecto, contacto verbal constante y que los tranquilicen.

Los fusionadores y los aisladores tienden a crecer y casarse, dando lugar a un juego que no satisface a ninguno. Las necesidades insatisfechas de la niñez siguen hasta el matrimonio, como ya lo hemos visto con detenimiento en los temas anteriores.

Un ejemplo de ello, es el caso de Walter y María, una pareja que se encuentra separada y cuyo conflicto principal gira alrededor de la falta de individualidad. Los límites entre los dos son difusos y por tanto la única manera de poner distancia es a través del alcohol de él y de la enfermedad de ella. Intercambian los roles constantemente, él es acosador emocional y ella distanciadora; pero luego ella es controladora y él acosador.

Adicionalmente, me parece importan destacar la manera cómo se formo la identidad y el Yo en una persona. Los padres emiten mensajes verbales o no verbales sobre lo que es correcto o incorrecto para su hijo. Este capta este mensaje y para no perder el amor de sus padres reprime las partes de su Yo que no son aceptadas - Yo negado- y construye un Yo falso, que es una fachada y una forma de protección y de evitar heridas. Este Yo falso le permite, poder llenar el vacío y vivir. Las partes del Yo negado pueden ser proyectadas a otros, especialmente a la pareja, provocando conflictos en la relación.⁸

Un ejemplo es el de Rosa, una mujer cuya madre siempre la acusó cuando era niña de ser pasiva, aburrida y poco sociable. Rosa para ganarse el cariño y aprobación de su progenitora, cambió, pero ella proyecta ahora esa parte rechazada de su Yo en su esposo e hijos, y está

constantemente reaccionando cuando los ve sin realizar ninguna actividad que “ella considere adecuada”.

Una vez que avanza el proceso de desarrollo psicológico y emocional, el niño llega a introyectar un padre interior (Super Yo o estado Padre del Yo, como se lo conoce en el Análisis Transaccional) que controla sus pensamientos y actividades. Este padre interior es una voz que censura y merma la autoestima de la persona. Este padre crítico puede ser en parte el causante de la “Vergüenza Tóxica” de la que habla J. Bradshaw.

< CODEPENDENCIA (DEPENDENCIA EMOCIONAL): Este término se encuentra íntimamente relacionado con el anterior. Generalmente el término codependencia se asocia a una relación con una persona con dependencia del alcohol o drogas, pero el término va más allá de eso.

“La codependencia se puede definir como una enfermedad caracterizada por una pérdida de identidad. Ser codependiente significa estar alejado de los propios sentimientos, necesidades y deseos..... Se origina en ambientes familiares poco saludables..... Es el síntoma de la existencia de un niño herido en el interior de una persona. La codependencia significa que no fueron satisfechas las necesidades de la infancia y por ello la persona no puede saber quién es.”⁹

La codependencia está relacionada con una baja autoestima y una valoración de sí mismo centrada en las opiniones de los otros. Sin una vida interior saludable, la persona se exilia y trata de obtener satisfacción en el exterior. La persona codependiente actúa y piensa de acuerdo con las necesidades y deseos del otro. Su identidad depende de algo externo a ellos.

Cuando somos adultos parece que conserváramos un recuerdo primitivo de integridad original y que caminamos en búsqueda de su retorno. Pasamos por la vida divididos, escindidos en dos partes y con un vacío interior que brota de nuestro interior y que tratamos de llenarlo de alguna manera, a través de la relación con otra persona, comida, drogas, sexo, actividad; pero lo que ansiamos es esa integridad original. Esto se convierte en un anhelo de estar completos. En el matrimonio parece reavivarse esta necesidad o sueño y buscamos que nuestra pareja restablezca mágicamente este sentido de integridad. Este sueño lógicamente no es realizable y por ello nos volvemos desdichados al pasar el tiempo. En las personas separadas se ve con frecuencia este sentimiento de frustración y dolor por la pérdida del ideal o fantasía.

El adicto tiene una sensación de que le falta algo pues no ha completado satisfactoriamente su desarrollo. La relación se considera más como un medio de satisfacer la necesidad de amor y seguridad en uno mismo, que en compartir una experiencia.¹⁰

Es en la relación de pareja donde se intentan resolver asuntos pendientes del pasado y donde se busca implantar en el presente la solución de lo que le hizo daño. Como lo explicó Robin Norwood en su libro "Las mujeres que aman demasiado"¹¹, los adictos al amor intentan llenar sus deseos amorosos insatisfechos y su falta de afecto y atención con relaciones que recrean dolorosas condiciones infantiles. Toda la emoción y frustración del presente se une directamente al pasado.

Las relaciones adictivas se caracterizan por un exceso y una falta de amor a la vez. Se ofrece al otro, una sobreabundancia de amor y de atención obsesiva, al mismo tiempo que se concede muy poco a uno mismo. Los límites

lógicos desaparecen y la persona es capaz de hacer cualquier cosa para conservar la relación. Le entrega todo su poder. La seguridad y plenitud de vida dependen del amor del otro. Un ejemplo de esto sería el caso de Walter y María, que fue citado anteriormente. Él es capaz “de dar la vida” por ella para que no le abandone.

Esta forma de amar adictiva o codependiente, se aprende en la familia de origen y en el vínculo primario. Si en la familia de origen se reciben mensajes tales como, “Si amo sufriré”, “no puedo ser yo mismo/a y ser amado/a”, “No puedo controlar lo que me ocurre”, “No merezco que me amen” “Tengo que buscar la felicidad fuera de mí mismo/a”; la forma de relacionarse se basará en el conjunto de estos conceptos erróneos que impiden a la persona crecer emocionalmente, y no le permiten el desarrollo de la intimidad y de una interrelación equilibrada con la pareja.¹²

Las parejas adictas al amor sobrevaloran a su pareja o relación, poniendo siempre el bienestar o conveniencia del otro por encima de sí mismas. Experimentan una necesidad imperiosa del otro, a tal punto que creen morir si la relación termina. También necesitan siempre tener una relación con alguien, para de esta forma sentirse completos/as. Buscan siempre echarse la culpa cuando ocurre algo. Toda la energía emocional está centrada en el otro y carece de vida propia. La persona casi no tiene otro mundo incluso social que su pareja. Otro elemento que es signo de codependencia es tratar de cambiar al otro para que se adecue a la fantasía. Buscar personas conflictivas o distantes para tratar de salvarlos a través de su amor y de esa forma evitar el contacto consigo mismo. Pueden tener tendencias depresivas, y una predisposición a otro tipo de adicciones. La persona trata de controlar a los demás, disfrazando este comportamiento a través de ser útil.

Resumiendo vemos que la codependencia es un síntoma de una búsqueda de amor y aprobación constantes, que tiene su origen en la disfuncionalidad de las relaciones vinculares primarias, lo que lleva a la persona a renunciar a su autonomía con el propósito de tratar de sanar esa vieja herida de la infancia, pero que lo único que logra es removerla y profundizarla.

No quiero dejar de comentar algo que me ha sucedido en mi experiencia profesional trabajando con parejas y personas en procesos de separación y divorcio. Hasta hace poco tiempo había visto que el tema de la codependencia era enfocado en la literatura profesional, más desde una visión de género y que era atribuido con mucho mayor frecuencia a las mujeres, tal vez por el tipo de educación que recibieron y por el influjo cultural y social. La lucha contra la codependencia era un objetivo de lucha de las feministas que buscan el empoderamiento y autonomía de las mujeres. Pero para sorpresa mía, últimamente en mi trabajo, he recibido en mi trabajo, he recibido en consulta a varios hombres codependientes con todos los síntomas antes descritos, y que necesitan un trabajo de apoyo y terapia. Eso me lleva a reafirmarme en mi creencia de que la codependencia no se relaciona con el género sino con la relación objeto primaria.

〈 **El matrimonio inconsciente y la lucha por el poder:**¹³ En un inicio de la relación de matrimonio la pareja experimenta una sensación de unidad y de bienestar. Cada uno está dispuesto a dar lo mejor de sí para complacer las necesidades del otro e incluso a realizar una “identificación proyectiva” para parecer tal como el otro lo desea ver. Existe una negación de los rasgos que incomodan o disgustan y la relación se da con este nuevo objeto idealizado.

Este amor romántico en ocasiones puede estar contaminado por mecanismos de transferencia, proyección

y/o negación. Se cree estar enamorado de una persona cuando realmente se está de una imagen proyectada sobre esa persona, que constituye un recurso para la satisfacción de las necesidades inconscientes de la infancia.

Pero luego de un tiempo de convivencia se empieza a evidenciar que la persona que está a lado es un ser real y que tiene aspectos negativos que no habíamos querido ver a hasta ahora. Comienzan las expectativas conscientes y reales. No por ello las expectativas inconscientes desaparecen, sólo se suman unas nuevas. Estas expectativas pueden convertirse en un fuerte motivo de tensión, ya que las conscientes y sobre todo las inconscientes, son imposibles de cumplir. Se piensa que la persona que escogieron les va a querer como sus padres nunca los amaron; que su pareja va a hacerlo todo: satisfacer las necesidades infantiles pendientes, completar las partes pérdidas del ser, apoyarlos y estar disponible eternamente para ellos.

Una vez que la relación está segura se enciende un interruptor en el cerebro antiguo y se activan los deseos latentes del niño. Así los esposos dan un paso atrás alejándose mutuamente y esperan empezar a recibir, muchas personas descubren que algo del carácter o de la personalidad de su pareja, que inicialmente consideraron agradable, ahora les está empezando a molestar.

El argumento inicial de completarnos por medio del otro funcionaba en un inicio, pero luego estos rasgos complementarios de la pareja empezaron a revolver sentimientos y atributos de la persona, que seguían siendo un tabú y que se encontraba en el Yo oculto. Lo que le había parecido tan seductor en un inicio es ahora percibido por el cerebro antiguo como una amenaza para la existencia. Entonces llega el momento en que empieza a desear reprimir

en su pareja esos rasgos suyos que fueron reprimidos en su infancia por sus padres.

De repente se toma conciencia de que no sólo sus necesidades no iban a ser satisfechas, sino que su pareja iba a herirlo de la misma forma en que lo hicieron sus padres. En algún momento del matrimonio, la mayoría de las personas descubren que hay algo acerca de su esposo (a) que despierta recuerdos dolorosos de la infancia. A veces el paralelo es obvio y en la mayoría de las veces muy sutil.

Muchas personas reaccionan ante sus parejas como si fueran copias exactas de sus padres. En su necesidad compulsiva de culminar los asuntos inacabados proyectan en su pareja los rasgos paternos faltantes. Luego tratan a su pareja como si tuviese esos rasgos, y logran producir la respuesta deseada.

Todas estas interacciones son inconscientes. Lo único que las personas saben es que están nerviosas, confundidas, deprimidas, intranquilas y les parece que nadie les quiere. Todo lo atribuyen a su cónyuge que es “el que ha cambiado”.

En la desesperación de conseguir amor empiezan a utilizar tácticas negativas, ocultan su afecto y se vuelven irritables y criticonas. Creen que si le causan suficiente dolor a su pareja, ésta volverá ser amorosa como antes. Algunas parejas permanecen para siempre en este estado de ira y hostilidad. Intensifican su capacidad de atravesar las defensas del otro y lesionarle su psique. La furia se convierte en violencia.

El proceso que sigue la lucha por el poder es parecido al de luto o a la persona que está muriendo (muerte del amor romántico). Primero viene la conmoción al descubrir la persona con la que se casó. Luego viene la negación, tratar

de ver lo negativo de su pareja bajo una óptica positiva, pero a la final no puede mantenerse la negación y se siente traicionada por el cambio o supuesto engaño. La tercera etapa es la ira, y la cuarta la negociación de rasgos comportamentales. La última etapa es la desesperanza, por el conflicto y dolor constante. La mitad se divorcia, la gran mayoría siguen casados pero con un matrimonio paralelo o infidelidad. Unos pocos (5%) encuentran una manera de resolver la lucha por el poder y crear unas relaciones satisfactorias.

Considero que la forma de resolver la lucha de poder es aprender a mirarse a uno mismo y responsabilizarse de la parte de la historia personal que está influyendo negativamente en la relación de pareja; trabajar para conocerse, aceptarse y hacerse cargo de uno mismo.

SINTESIS: Conocer y entender los factores sistémicos y psicossistémicos que se encuentran detrás de la ruptura conyugal, podría ayudar a las parejas y a las personas a entender la complejidad y la circularidad de la relación, a autorresponsabilizarse y a buscar tomar conciencia los procesos de elección inconsciente, para lograr una mayor autonomía y diferenciación del self.

Luego de la ruptura de la relación, algunas personas pueden caminar y salir solas de este proceso de sanación y crecimiento, sin embargo hay otras que necesitan ayuda. Se puede sugerir terapia individual psicossistémica o grupos de apoyo y crecimiento para personas divorciadas. El objetivo fundamental es romper la compulsión inconsciente a repetir la misma historia en una nueva relación. Recordemos que el índice de divorcios en el segundo matrimonio es mayor que en el primero.

En el proceso terapéutico por separación o divorcio, el primer paso con el paciente sería el de una intervención en crisis por pérdidas múltiples, seguido por un acompañamiento para procesar y elaborar el duelo, y finalmente, una revisión profunda de las relaciones con la familia de origen y los apegos y relaciones vinculares primarias, que permita al paciente saldar cuentas, sanar heridas de la niñez y hacerse cargo de sí mismo.

NOTAS:

¹ Luis Rojas Marcos, “La pareja rota”, 1994.

² J. Grimes, “Perspectivas psicosistémicas”, 1999

³ H. Hendrix, “Amigos y Amantes”, 199

⁴ Nelly Rojas de González. Cap. “La prevención.” Del libro “Separación de las parejas”, 1996

⁵ J. Framo, “Familia de origen y psicoterapia”, 1992

⁶ Napier y Whitaker “El crisol de la familia”, 1982

⁷ M. Bowen, “Del individuo a la familia”, 1991.

⁸ Bradshaw, John, “Nuestro niño interior”, 1990.

⁹ John Bradshaw, “Nuestro niño interior”, 1990

¹⁰ Martha Bireda, “Independencia emocional”, 1998

¹¹ Robin Norwood, “Las mujeres que aman demasiado”, 1998

¹² Ídem.

¹³ H. Hendrix “Amigos y amantes”, 199

BIBLIOGRAFIA:

BIREDA, Martha, "Independencia emocional", 1998

BOWEN, Murray, "Del individuo a la familia", 1991

BRADSHAW, John, "Nuestro niño interior", 1990

FRAMO, James, "Familia de origen y psicoterapia", 1992

GONZALEZ, Nelly Rojas de, "Separación de la pareja", 1996

GRIMES, John, "Perspectivas psicossistémicas", 1999

HENDRIX, Herville, "Amigos y amantes", 1992

NAPIER y WHITAKER, "El crisol de la familia", 1982

NORWOOD, Robin, "Las mujeres que aman demasiado",
1998

ROJAS MARCOS, Luis, "La pareja rota", 1994

MUJERES JEFAS DE HOGAR: RETOS Y OPORTUNIDADES

Roxana Zevallos Vega

Licenciada en Psicología Clínica
Especialista en Terapia Familiar y de Pareja en el
Hospital Italiano de Buenos Aires - Argentina
Docente de la Universidad Femenina del Sagrado
Corazón y Pontificia Universidad Católica del Perú

Nelly Chong García

Licenciada en Psicología Clínica
Especialista en Terapia Familiar y de Pareja del Instituto
Familiar Sistémico de Buenos Aires - Argentina
Docente de la Universidad Femenina del Sagrado
Corazón, Pontificia Universidad Católica del Perú y
Universidad de Lima

Introducción:

En las últimas décadas se ha agudizado la asimetría de poderes, prácticamente en todos los escenarios de la actividad humana en donde intervienen procesos políticos de cooperación, competencia y negociación. La familia como una estructura que también comparte y necesita poder para perpetuarse, presenta igualmente desde hace un buen tiempo, una crisis de asimetrías de poder en su interior. Las relaciones entre los roles y funciones parentales han sido cuestionadas a raíz de los rápidos y extensos cambios en la sociedad. Las supuestas ventajas que antes ofrecía la familia patriarcal, no sólo han sido puestas entre paréntesis, sino que, al parecer han empezado a ser reemplazadas por otras formas de convivencia funcional como es la familia unimaternal (FU).

Es decir, estamos refiriéndonos a familias dirigidas por mujeres que están totalmente a cargo del hogar, sea por viudez, separación y divorcio, o madres solteras por elección o porque fueron abandonadas. El incremento del número de mujeres en esta condición (según la información censal de 1993, del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEI), en nuestro país el 23,3% de hogares es conducido por mujeres, es decir, más de un millón 110 mil hogares tenían como jefa a una mujer. Cifra que se ha incrementado en un 46,0%, es decir, en más de 350 mil hogares, respecto al censo de 1981) nos llevó a plantearnos una hipótesis inicial: la cantidad y calidad del poder dado a la madre en la familia patriarcal extrema con características de machismo, abandono, injusticia, etc., no la ha conducido ni a la autorrealización, ni a una capacidad de negociación efectiva.

Las mujeres que se definen como jefas de hogar mayormente no tienen parejas estables. Es decir, conducen solas el hogar.

En nuestra sociedad las experiencias de abandono y de irresponsabilidad paterna son frecuentes y la justicia deja a las mujeres libradas a su suerte frente a una máquina burocrática donde suelen sucederse las injusticias como moneda corriente. Es probable que el esposo en las clases medias (que constituyen la mayoría de los casos analizados para este trabajo), cuente con más recursos económicos para pagar a los abogados y conseguir con más facilidad disminuir las pensiones de alimentos y otras responsabilidades.

Frente a esto las mujeres terminan asumiendo la carga económica solas o con una ayuda mínima del padre de los niños. Dado que muchas de ellas regresan al hogar paterno con sus hijos, es el abuelo o la familia extensa quien termina haciéndose cargo de estas responsabilidades.

Cuando alguien se encuentra en un entrampamiento estructural como el mencionado, una de las salidas es la renuncia a la participación en tales estructuras de poder, para abrir y crear uno nuevo, más democrático y más satisfactorio. En las FU, las jefas de hogar proponían, implícitamente una transacción entre los valores y aspiraciones propias, y los valores de la sociedad, pero traducidas en un intercambio de *autonomía por eficiencia*. Sin embargo este tipo de transacciones no son fáciles de conseguir. La sociedad busca la reproducción de sus formas de asociación, convivencia y perpetuación.

Tradicionalmente se ha pensado que es solamente a través de las estructuras patriarcales que los miembros de la familia pueden realizarse, cuando en realidad lo que vemos es que, en buena medida, estas están puestas en duda, o

digamos mejor que existen otras estructuras familiares que contradicen su estatus de modelo único.

Según la información censal de 1993, del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEI), en nuestro país el 23,3% de hogares es conducido por mujeres. Es decir, más de un millón 110 mil hogares tenían como jefa a una mujer, cifra que se ha incrementado en un 46,0%. Es decir, en más de 350 mil hogares, respecto al censo de 1981. Las mujeres que se definen como jefas de hogar no tienen pareja, es decir, conducen solas el hogar.

Nos proponemos explorar este tema y averiguar cómo hacen las mujeres que asumen esta difícil tarea, con qué recursos cuentan, cuáles son sus fortalezas, y con qué problemas tienen que lidiar diariamente. Para ello, primero decidimos buscar en la historia de nuestro país, cómo era la situación de la mujer en la familia. Luego, a partir de los motivos de consulta, más frecuentes de las mujeres, cabeza de familia, que nos han consultado en los últimos 5 años, analizamos una serie de problemas con los que tienen que enfrentarse, así como las características más notorias de estas familias.

A partir de ello, hemos co-diseñado un plan de tratamiento que consideramos ha sido útil en estos casos.

Finalizamos con algunas conclusiones a las que hemos llegado después de la revisión bibliográfica y del análisis de los tratamientos realizados con estas mujeres y sus familias.

I. BREVE ANTECEDENTE HISTORICO:

El grado de sensibilidad social que poseen los núcleos humanos puede notarse al observar la categoría que se brinde al sexo femenino.

En la época incaica, los enlaces y la fidelidad inherentes a ellos, estaban perfectamente resguardados por severas costumbres y leyes rígidas. Los incas mediante sus leyes y costumbres protegían la fidelidad y castigaban el adulterio. La poligamia, estaba reservada para las clases altas, y tenía como finalidad aristocrática la de preservar a la clase dirigente (Neuhaus, 1997).

A diferencia de los españoles que brindaban indias como prebendas a los encomenderos(1), los incas las otorgaban a sus curacas(2) como si fuesen joyas. La mujer era entregada a los altos jefes, como premio o como medio para obtener algún tipo de favor.

Para Neuhaus (1997) este régimen de cautela y respeto a la institución matrimonial se prolonga más allá, puesto que también alcanza a las viudas. Son muy pocas las que se vuelven a casar y en ningún caso las que tienen hijos. Más aún, señala el cronista Garcilaso de la Vega(3), constituyen una clase protegida por las leyes y ordenanzas y sus tierras serán labradas antes que las del curaca.

Desde los momentos iniciales del proceso de conquista se establecieron nuevos patrones de relación entre hombres y mujeres, formados en base a la interacción de las respectivas tradiciones culturales, con predominancia de la del dominador. Dichos patrones imperarían a lo largo de todo el periodo colonial. (Mannarelli, E. 1993)

Aunque en España la ley reconocía igualdad entre hijos e hijas para heredar el patrimonio familiar, las mujeres eran consideradas moral y mentalmente inferiores a los hombres, estipulándose que sobre ellas se ejercería la tutela masculina. En ese entonces, el honor era uno de los principales valores en la sociedad española. El honor de los hombres dependía de tres elementos: La virtud de sus mujeres (recato y virginidad) ser cristianos viejos (no moros, judíos, paganos) y la pureza de sangre (no mezcla racial) Para los españoles estos rasgos no estaban presentes en las mujeres nativas con las que entablaron vínculos sexuales y amorosos.

Para la mayoría de mujeres indígenas la conquista supuso un cambio radical. Las nobles, pese a que pudieron mantener el derecho a la propiedad de la tierra, perdieron el derecho a suceder en los curacazgos(4). Sus hijos mestizos les fueron arrebatados para que fuesen educados en el estilo de vida español. Las mujeres indígenas del común con frecuencia se amancebaron con los conquistadores dentro de una relación jerárquica. Tuvieron hijos con éstos, pero al llegar las mujeres españolas al Perú, fueron relegadas al rol de criadas y sus hijos mestizos corrieron la misma suerte (Zegarra, M. 1997)

La situación colonial habría fortalecido las jerarquías sociales y consolidado la jerarquía de género. El contar con un grupo de referencia (familia, paisanos) era especialmente importante en el caso de las mujeres, si el marido fallecía- lo que era frecuente en esos años turbulentos- la mujer quedaba totalmente dependiente de estas relaciones, pues a menos que fuese rica, una viuda o soltera sólo podía mantenerse por sí misma, con dificultad o a costa de la pérdida de su honor. (Mannarelli, 1993)

Asimismo, señala Zegarra, (1997) el matrimonio era la única causa de emancipación, en ese momento la mujer

pasaba a depender del marido. Sólo el estado de viudez permitía a las mujeres gozar de su plena capacidad civil.

Las mujeres de las castas indias y esclavas disponían de mayor libertad de movimiento que las blancas pobres y de los sectores medios, por ser mujeres de las que difícilmente se podía esperar “honor y recato”. Vivían en cuartos alquilados y con frecuencia debían trabajar en ocupaciones serviles o de pequeño comercio: lavanderas, pasteleras, vendedoras. Algunas lograron cierta holgura económica. En aquella época, el matrimonio y la familia tuvieron una vigencia restringida. Alrededor de la mitad de los nacimientos registrados durante el Siglo XVII en la ciudad de Lima se produjeron fuera del matrimonio.

Por otro lado, en la Lima colonial, todas las actividades aparecían marcadas por la religiosidad. De tal manera que una mujer (adulta, doncella o niña) pobre y despojada de sus bienes- ya fuese madre soltera, divorciada, viuda, anciana o niña huérfana- se enfrentaba a un doble riesgo: por un lado la esperaba la pobreza y por el otro, el ser señalada por la sociedad. De manera que probablemente para algunas era un alivio el optar por un encierro digno. Estas mujeres vivían en las casas de recogimiento. En los casos de litigio de separación o de divorcio, sus maridos podían depositarlas en estos lugares, puesto que el divorcio mostraba la cercanía entre el pecado y el delito. Durante la colonia las personas podían iniciar una acción legal ante el juez eclesiástico para divorciarse de sus cónyuges, o lograr la anulación del matrimonio. Un altísimo porcentaje de tales solicitudes fue gestionado por mujeres, siendo los móviles más frecuentes la sevicia (maltrato extremo), el adulterio y el no ser mantenidas con dignidad. Las divorciadas de todos los grupos sociales fueron víctimas de la humillación y sujetas al peligro seguro de perder la categoría de “mujeres respetables”. El encierro era el medio de facilitar el auto mejoramiento moral de la mujer, y promover un examen de

conciencia. Las divorciadas debían ser depositadas en una casa privada o institución mientras duraba el litigio. Los monasterios se negaban a darles asilo, a menos que la candidata quisiese tomar el hábito a cambio de una anulación del matrimonio.

La presencia española en América, significó también un afán de dominio político y económico en la familia. Una manifestación de ello, nos dice, Rodríguez Iturri (1995) fue la restricción que impidió el matrimonio entre el nativo y el europeo, sin embargo, dicha regla no impidió las relaciones sexuales entre los españoles y las mujeres nativas, hecho que no fue sancionado y que dio origen al nacimiento de los “mestizos”, mezcla de blanco e indio que se constituyó en un importante estrato social intermedio. En la población peruana nativa el mestizo ocupará un renglón superior al de sus hermanos nativos, pero al mismo tiempo el *padre español con frecuencia desatenderá su responsabilidad paterna, trasladando tal ámbito a la madre a propósito de la crianza y el mantenimiento del hijo.*

A esto se le añade más adelante, la aparición del machismo como factor sociológico e histórico. Este modelo de comportamiento autoritario con las mujeres ya se pudo apreciar en el trato de los españoles a las mujeres indígenas que luego en la colonia lo continuaron los encomenderos y en la República, los hacendados o gamonales. Modelo que por imitación también fue repetido por los sectores nativos de la población.

El Perú colonial se caracterizó por estar organizado jerárquicamente. Cada uno de los grupos étnicos o categorías sociales que lo componía ocupaba un lugar preciso en el tejido social que correspondía a deberes y derechos particulares. Esta organización social reposa en un sistema legal donde algunos grupos tienen privilegios sobre otros.

En el caso de las mujeres, el camino al status de ciudadana es más difícil. Debido a su identificación con la esfera doméstica se la adscribe al orden de lo natural y de lo privado, pues ya a partir del Siglo XVIII y especialmente del XIX europeo, la familia fue considerada como el refugio para el hombre del agitado mundo de la política y la mujer debía ser el ángel del hogar, escenario “natural” de su feminidad. Así la modernidad no aumentó el poder femenino, pues limitó su rol al de esposa y madre. (Zegarra, M. 1999)

Definiéndose, entonces, la identidad femenina por el lugar en la familia y no por su desarrollo individual

Es interesante resaltar las ideas de Zegarra, M. (1999) acerca de cómo las comunidades andinas que gracias a su relativo aislamiento mantuvieron importantes elementos de su cultura nativa, desarrollaron formas familiares de igualdad basadas en la ayuda mutua de los esposos y los hijos para la producción agrícola y en el reconocimiento de la mujer como propietaria y usufructuaria de tierras y ganados.

Sin embargo donde se advierte el machismo, en aquellos lugares donde este impera, el varón es absolutamente contrario a mantener una relación conyugal estable, y como derivación se aprecia un porcentaje significativo de mujeres abandonadas que se ven obligadas a afrontar solitarias y de modo precario el mantenimiento de sus hijos.

En nuestro país, son las mujeres, sobre todo, las de los sectores populares, que enfrentan contextos económicos muy difíciles, quiénes han demostrado una capacidad de organización y de búsqueda de soluciones creativas a la crisis. Tal es el caso, de los “comedores populares”(5) como recurso para solucionar el hambre y la desnutrición de sus hijos, o los grupos de delegadas de salud para prevenir

enfermedades, contribuir a resolver el problema del saneamiento ambiental y exigir mejores servicios en las postas médicas, o los talleres de producción como fuentes de trabajo y, por lo tanto, de ingreso. Esta capacidad organizativa ha producido modificaciones en la propia vivencia de la mujer, que siente que puede desenvolverse bien en otros terrenos y empieza a descubrir que es capaz de actuar eficazmente en actividades distintas a las que siempre realizó. De otro lado, las mujeres son capaces de establecer variadas redes de solidaridad y de ayuda mutua, como una forma de resolver los complejos problemas que plantea el vivir en la pobreza. La experiencia les ha enseñado que el estado está incapacitado para atender las necesidades de infraestructura y servicios, en especial si no media la organización y presión de los mismos pobladores. Estas capacidades para tejer redes y organizarse, son trasladadas a la familia, sobre todo cuando es ella la que en solitario tiene la responsabilidad del mantenimiento y educación de sus hijos.

Actualmente uno de cada cuatro limeños recibe su alimento diario a través de los llamados **comedores populares u ollas comunes**. Constituyéndose en la fuente nutricia de 1'500.000 personas sólo en el área de Lima metropolitana. Esta es una organización activada e impulsada por mujeres, que surgió en 1978 como una respuesta colectiva para enfrentar un período difícil en la economía, y poco a poco se ha ido multiplicando. En Lima, considerando sólo las experiencias más exitosas, existen en la actualidad, 1500 Comedores populares. 6.500, comités del Vaso de Leche (6) que movilizan alrededor de 100.000 mujeres y la Federación de mujeres de Villa El Salvador, que aglutina a más de 10.000.

Las organizaciones han permitido a sus integrantes desarrollar un sentimiento de pertenencia a un género: sus miembros reconocen ser parte de una trayectoria de mujeres

y son valoradas socialmente como tales, en particular, por el aporte innegable de sus organizaciones a la sobrevivencia (Cendoc, 1991)

II) LAS FAMILIAS UNIMATERNALES

Las investigaciones (Devoto, 2000, Cacopardo, 1999, Cordero, 1998, Del Valle, 1993, Fuller, 1993) subrayan que el esquema ideal de familia se encuentra en proceso de cambio como producto de múltiples factores, entre estos se deben destacar justamente la incorporación cada vez más masiva de la mujer a la vida económica, lo que ha provocado a que se convierta también en una importante proveedora material del hogar. Del mismo modo, se empiezan a dar cambios en términos de un mayor reconocimiento de las funciones domésticas tradicionalmente femeninas, relativizando con ello el dar tanta exclusividad e importancia a los papeles de sostenimiento económico.

De modo que, en este contexto, el secular poder masculino en el interior de las familias se ha ido deteriorando y tanto la mujer, los hijos, como otros miembros de la familia hacen escuchar sus voces con mayor insistencia, ocupando espacios de decisión que antes eran impensables.

A. MOTIVOS DE CONSULTA

De las familias que llegan a nuestra Institución (aproximadamente 300 familias por año), podemos establecer como motivos de consulta más frecuentes -de las madres solas- los siguientes:

- ***Paternalidad Irresponsable.*** El problema de la responsabilidad de los padres para con sus hijos. Es decir, una vez ocurrido el embarazo, la separación o el divorcio, hay un alto porcentaje de padres que no cumplen

con su función como tales, y dejan a cargo de las madres toda la responsabilidad por el cuidado y la manutención de los hijos de ambos. Sin tomar en cuenta que - en muchos casos - estas mujeres no han trabajado antes o si lo hacían, percibían un ingreso menor. Es frecuente que veamos padres que rehúyen de la responsabilidad para con sus hijos. Y son las madres las que improvisan, se multiplican de maneras muy creativas para mantener a sus hijos. Como si la respuesta de estos hombres a la crisis económica y también de la pareja, fuera la huida, el desinterés y donde la culpa no es un sentimiento que aparezca, como si está presente en el caso de las madres.

- ***Injerencia Externa.*** Otro motivo de consulta frecuente es la injerencia de la abuela en la educación de los hijos. La preocupación por estar dejando a los niños debido a los horarios recargados en el trabajo. La difícil situación que se genera dentro de la familia por no lograr establecer acuerdos que faciliten la crianza. Los enfrentamientos entre la madre y la abuela por la mejor manera de educar a los niños. Y niños fuera de control, que ante la poca claridad de las reglas, terminan haciendo lo que quieren.
- ***Confirmación y Reconfirmación.*** La preocupación por estar desempeñando mal su rol de madres, por tener que atender a diversas responsabilidades. Necesidad de una confirmación externa, acerca de estar criando bien a sus hijos. Cómo responder las preguntas y dudas de los hijos sobre la ausencia del padre.
- ***Estigmatización.*** Dudas acerca de la “normalidad o anormalidad” de su situación. La intervención de la escuela, que muchas veces considera el hecho de la maternidad en solitario como una “anormalidad”. De manera que las posibles

dificultades escolares de los niños generalmente son explicadas por la falta de tiempo de la madre, dado que trabaja “los tiene abandonados” o siendo una madre sola, “tienen que haber problemas”

B. CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS UNIMATERNALES:

a) “Autoagobio”

Una situación que se ha vuelto cada vez más frecuente en las familias de clase media es que la mujer sea la jefa del hogar y el sostén económico. Encontramos parejas en las que esta situación afecta gravemente su relación, pues el rol del hombre es poco claro, una vez que deja de ser el proveedor. En ocasiones a la mujer le cuesta aceptar a su esposo en actividades que son catalogadas como femeninas, como atender a los niños, ver por sus tareas escolares, cocinar, ocuparse de la casa, etc. Muchas mujeres consideran esta *ayuda* como una usurpación a sus funciones o pretenden supervisar hasta el último detalle, con lo cuál siempre están agobiadas y saturadas de trabajo así como de responsabilidades.

b) *Autorrelegación: Tiempo / Espacio Personal.*

Según Santistebán, F(1991) El rol que la sociedad asigna a la mujer, marca profundamente su vida y su identidad, definiendo sus tareas, su mundo de relaciones y sus preocupaciones centrales. Su rutina recargada y el tiempo que esta le demanda, hacen de su hogar el principal espacio en el que se desenvuelve su vida. Su tarea de madre y su especial dedicación a los otros, marcan sus aspiraciones y deberes. Más que desear algo para ella misma, aspira a que sus hijos logren lo mejor en la vida, depositando muchas

veces en ellos las aspiraciones propias, que ella no se atreve a reconocer o a llevar a cabo para sí misma.

En la clase media, las mujeres que en general han tenido acceso a la educación técnica o universitaria y que en muchos casos dependían económicamente del esposo o la familia extensa, se han visto en la necesidad de buscar alternativas, que no van necesariamente de la mano con su preparación técnica o académica, sino sobre todo, como en el caso de las mujeres de sectores populares, con su capacidad de organizarse. Ya sea dentro de sus familias, obteniendo por ejemplo, ayuda para cuidar a los niños mientras trabajan, como estableciendo redes para lograr encontrar un trabajo mejor remunerado.

c) *Pérdida de perspectiva o conciencia de contexto: Recursos personales, de red, etc.*

Se hace necesaria la contextualización de los ámbitos en que se lleva a cabo el trabajo, sea doméstico, laboral o político y si estos son exclusivos de hombres y mujeres o las responsabilidades pueden ser intercambiables o si por el contrario contribuyen de manera fija a la identidad social de las mujeres o de los hombres, como pueden ser las tareas de la casa.

Su interioridad y/ o exterioridad: mayor o menor grado de visibilidad. Ver en qué medida ciertas tareas obtienen una valoración diferenciada cuando traspasan el ámbito de lo doméstico. Así, las tareas de la preparación de la comida se clasifican de una manera cuando las hacen las mujeres en casa, mientras que cuando se hacen fuera de ella quedan comprendidas dentro de palabras como “la nueva cocina”, por citar un ejemplo, aunque los autores aseguren que recibieron las recetas de sus madres y abuelas.

En nuestra sociedad aún hoy, existe la tendencia a realzar el valor de los hombres, a partir de ensalzar sus acciones u objetos y no ocurre lo mismo con el trabajo y las responsabilidades de las mujeres. Aún hoy en día esto se puede observar en un número significativo de familias en las que por una u otra razón el padre de familia desatiende seriamente la educación de sus hijos y son las madres quienes los educan solas.

Más de un siglo y medio después de obtener su independencia, el Perú es una sociedad donde la modernidad es la ideología oficialmente aceptada por el sistema legal y educativo. Pero convive al mismo tiempo con rasgos tradicionales que persisten, como son, la importancia de las redes de parentela como forma de ubicación e influencia en la vida social y en la política, que dan cuenta de una institución familiar fundada en la autoridad masculina, donde están presentes estilos de trato profundamente jerárquicos.

Las instituciones realmente eficaces en el Perú, continúan siendo la familia, los parientes, las redes sociales basadas en el parentesco y el compadrazgo. Como dice Fuller, N. (1993), no se trata de que los peruanos seamos particularmente “atrasados”, sino que las mencionadas instancias continúan vigentes, mientras que las instituciones formales, es decir, aquellas que se fundan en criterios universales, (no personales o locales), todavía son endeblés.

d) Identidad en transición o identidad de transacción: Madres no mujeres.

De todos estos cambios, aquellos que se relacionan con la vivencia de la sexualidad separada de la reproducción, con la relación afectiva-cualitativa de pareja y con la mínima vivencia de la maternidad apenas encuentran referencias en los valores tradicionales. Por ello, para muchas mujeres que

los experimentan y/ o asumen, supone vivir conflictos de intereses para los que necesitan nuevas referencias y apoyos fuera de donde se da el conflicto. Estas manifestaciones revelan que el cambio, tanto en la realidad manifiesta como en las aspiraciones de las mujeres, es importante de cara al presente; pero lleva a la necesidad de buscar referentes para situarnos. Es preciso echar mano de un pasado en que apoyarnos, bien para mejorarlo, bien para emularlo o sencillamente para encontrar en ese tiempo anterior algunas pautas de identidad contra las que podamos hacer las nuevas elaboraciones. (Teresa del Valle, 1993). A la mujer se la ha visto más en su rol de mediadora que como inventora o punta de lanza. Hace falta el peso simbólico que haga trascender dicha responsabilidad al momento y le pueda servir de referencia. Hoy en día las mujeres pueden alcanzar logros fuera del matrimonio, en esa medida, las madres solteras de hoy simbolizan esta nueva realidad, en la que cada vez es menos frecuente encontrar un hogar donde el padre es el único proveedor económico y la madre permanece al cuidado de la familia. Esta estructura familiar tradicional está en crisis y como sostienen algunos analistas, las razones son económicas. Las mujeres se han incorporado masivamente a la fuerza laboral y la brecha entre el salario de un hombre y el de una mujer se está estrechando cada vez más.

e) *Paciencia*

Cacopardo, M.C., (1999) señala que ninguna autonegación es demasiado grande para la mujer latinoamericana. No puede ser adivinado ningún límite a su vasto caudal de paciencia con los hombres de su mundo. Para la mayoría de las mujeres latinoamericanas, la maternidad constituye el punto focal alrededor del cual se articula su identidad ya que es a través de ella que accede al poder doméstico, al status sagrado y al reconocimiento y veneración de los hijos.

f) *Búsqueda activa de soluciones creativas:*

Las respuestas de muchas de estas mujeres a la crisis económica o de la familia, es en la mayoría de los casos la búsqueda activa de soluciones, y como respuesta complementaria vemos, no pocas veces, la inactividad, depresión y huida de la pareja masculina.

Aún cuando hay diferentes tipos de hogares donde la madre es jefa del hogar, en todos parece estar presente el uso de una serie de recursos creativos para sacar adelante una familia. El fenómeno que esto trae como correlato, es el papel de los hombres en este tipo de familias. Observamos que hay cada vez más abandonos de sus funciones parentales y conyugales al punto del desinterés y la irresponsabilidad.

Según Cacopardo, M.C. (1999) si bien las jefas de hogar no presentan atributos sociales muy diferenciados de los de los hombres, efectivamente se insertan en condiciones de mucha mayor precariedad a lo largo de su vida laboral. Las condiciones de vida de la mujer son: la ausencia de cobertura en salud, vacaciones, de indemnización por despido, de días de pago por enfermedad, de condiciones para acceder al alquiler de la vivienda o a créditos, con la consecuencia de la mayor desprotección social y económica de ella misma y de los miembros de su familia. Pero no obstante ello, logran desarrollar mecanismos y estrategias de sobrevivencia que les posibilita sortear en mejores condiciones las situaciones más comprometidas.

g) *Nivel y capacidad de organización. Distribución de responsabilidades.*

Según diversas investigaciones sobre el tema (Del Valle, 1993; Cacopardo, 1999) la socialización que

experimentamos las mujeres, y en especial aquellos aspectos que inciden en esa preparación para ejercer el poder, o por el contrario, que nos conduce al no poder, están relacionados con una situación de desigualdad genérica que afecta sobre todo a la mujer. Dentro de todo el espectro de la desigualdad y de la jerarquía, se establecen diferencias y jerarquizaciones a partir del reconocimiento social de categorías de mujer y de varón, y que se traduce en una serie de trabas que afectan más directamente a las mujeres que a los varones. Estas trabas tienen que ver muchas veces con la utilización del afecto, con la carga de responsabilidad que se asigna a ciertas tareas, con la utilización del sentimiento de culpa, por citar algunas. También existen otras dificultades que impiden el acceso de las mujeres a puestos de responsabilidad aun cuando estén preparadas para ello. Se trata de situaciones muy diversas; unas tienen que ver con el mundo del trabajo extra doméstico, otras con responsabilidades en el mundo de la política, que incluye desde los niveles locales hasta los más generales. En el fondo se trata de una serie de trabas inmovilizadoras que provienen del universo de los valores, las metas y los modelos, y que actúan de una forma profunda y duradera. Muchas de ellas son parte de la socialización diferenciada que se da a las mujeres y a los varones.

Las responsabilidades que se les confiere a las mujeres se sitúan al margen de la valoración social y cultural, por lo que sus tareas suelen carecer de prestigio o de valoración.

Es importante resaltar que nuestra Constitución en su artículo 287 dice: *Los cónyuges se obligan mutuamente por el hecho del matrimonio a alimentar y educar a sus hijos.*

Esta obligación según nuestra legislación comienza con la concepción, continúa durante el período de la adolescencia y termina con la mayoría de edad. Subsiste la

obligación de proveer al sostenimiento de los hijos e hijas mayores de 18 años que estén siguiendo con éxito, estudios conducentes a una profesión u oficio, y de las hijas solteras que no se encuentren en aptitud de atender a su subsistencia. (Plácido, A.. 1997). Sin embargo, como venimos mencionando, el incumplimiento de esta obligación por parte de los padres, es frecuente. Teniendo como consecuencia el incremento de los hogares con jefatura femenina.

En estos hogares, se puede observar una gestión más democrática. Los hijos son criados en un contexto de mayor responsabilidad en el cumplimiento de las tareas domésticas y las relativas a la generación de ingresos. Igualmente se ha dicho que en tales hogares la toma de decisiones es más participativa y en general el desenvolvimiento de la vida cotidiana se desarrolla con menores índices de violencia.

h) Iniciativa personal que denota una autoconfianza y una elevada imagen de ellas mismas.

En un estudio de Etxeberria (1990) sobre las diferencias sexuales en la experiencia de los sentimientos de culpa, se observa que las mujeres manifiestan una mayor tendencia a expresar sentimientos de culpa que los varones, incluso cuando ambos mantengan valoraciones semejantes sobre las conductas transgresoras. En ese trabajo se analizó la relación entre las distintas clases de prácticas disciplinarias parentales y la intensidad de los sentimientos de culpa de las/los sujetos ante diversas conductas. Los resultados mostraron que tanto las madres como los padres utilizan con las niñas prácticas inductivas de afirmación de poder y de “retirada de amor” que correlacionan positivamente con culpa. Por el contrario, madres y padres utilizan con más frecuencia prácticas disciplinarias de razonamiento con los niños que con las niñas, lo que incide en un menor sentimiento de culpa.

Finalmente, las mujeres aparecen como más sensibles a los reclamos de esta clase de disciplina.

La criatura tiende a imitar y a identificarse con el más fuerte, lo mismo si es la madre o el padre. Cuando una y otro difieren en su poder, autoridad o control sobre los recursos, tanto los chicos como las chicas imitan el comportamiento del más poderoso. De hecho, se afirma que la similitud entre la madre y el hijo en un grupo doméstico donde la madre sea la dominante es parecida a la del padre-hijo en un grupo doméstico dominado por el padre. El castigo y la disciplina son importantes solamente como un índice de poder, no en sí mismos. La percepción del niño acerca de quién tiene el poder está con más frecuencia asociada a factores económicos. Así, el padre que gana el dinero aparece como más poderoso que la madre que lo gasta.

Si la madre trabaja y gana un salario afecta de forma distinta a los niños y a las niñas. Las hijas de mujeres que trabajan se identifican menos con la feminidad tradicional, mientras que los hijos aparecen más dependientes, más obedientes. Las hijas se muestran más agresivas, dominantes, desobedientes e independientes.

Los hijos / hijas donde la madre y el padre trabajan fuera de casa tienden a ver los roles de género menos diferenciados. Además del poder, en la identificación necesaria para el aprendizaje de los roles influye también la calidad de la relación que existe entre los padres / madres y sus vástagos. Y esto afecta tanto a las niñas como a los niños.

Finalmente hay que tener en cuenta que tanto las madres como los padres no son sólo individuos, sino que también son miembros de grupos más amplios. Algunas de las identificaciones de las niñas/ niños con sus modelos

parentales no son personales sino de posiciones, esto es, al padre/ la madre se le percibe como un miembro de una cierta edad, sexo y estatus. Esto influye en que a pesar de las diferencias que puede haber en los comportamientos que las madres y padres tienen respecto a sus vástagos, éstos absorban estereotipos culturales similares e imiten los modelos parentales. Estos estereotipos pueden producirse aún cuando el niño / niña carezca de modelo.

Si bien la opinión favorable sobre el desempeño de las mujeres en la función pública es compartida por ambos sexos, son las mujeres las que más valoran la acción de las mujeres, y consideran que su presencia pública debe aumentar. Esto supone una mayor confianza en las propias capacidades femeninas y, por lo tanto, una mayor disposición a exigir derechos y asumir responsabilidades. Llama la atención saber que las mujeres de menores recursos son las más enfáticas y optimistas, especialmente en Lima. Parecería que su aprendizaje en las organizaciones sociales, gremiales y políticas en los últimos quince años ha contribuido a construir una auto imagen de eficiencia, a desarrollar su autoestima y a confiar en su capacidad en el ejercicio de la actividad política. (Blondet, C. 1999)

III) NUESTRA PROPUESTA

Nuestra intervención terapéutica busca fortalecer a estas mujeres, teniendo en cuenta, las siguientes áreas que consideramos fundamentales:

Primera Etapa: Redefinición del problema

- Enfatizar en la situación “normal” en la que se encuentran, contextualizando el hecho de ser madres solas, al igual que el 23,3 % de la población de nuestro país.

Segunda Etapa: Reorganización del mundo: Vida nueva

- Atender al autoagobio de tareas domésticas y laborales, ayudándola a armar un esquema propio de reorganización en la que ella pueda sentirse “a cargo de” en lugar de “cargada con”. Eso significa aprender a redistribuir responsabilidades y aprender a descubrir habilidades en los hijos y en la familia extensa. Aprendiendo a confiar en ellas, sin tener que supervisar hasta el último detalle, o sin abdicar, delegándolo todo agobiada por el sentimiento de “no puedo más”. En esta re-distribución será necesario la inclusión de un tiempo y un espacio para ellas, que deberá tener igual prioridad que la asignada a los hijos, el trabajo, las labores domésticas, etc. Para mujeres acostumbradas a poner las necesidades de los otros primero esto es un gran descubrimiento.

Tercera Etapa: A la búsqueda de los “tesoros escondidos”

- Búsqueda de los recursos desplegados para llevar a cabo con éxito la tarea de ser madre sola. Recursos personales, como el haber encontrado un nuevo trabajo, inventado una salida rentable para la manutención de sus hijos etc. Retomado su carrera, reencontrado ciertos ideales y metas, comúnmente abandonados por el bienestar de la pareja. Redescubriendo quién es.

Cuarta Etapa: Apertura de un nuevo espacio para la mujer-madre

- El sentimiento de no estoy casada, no soy soltera. Las mujeres se preguntan acerca de su derecho o no a salir con otros adultos y a establecer relaciones amorosas, que por lo general no tienen el consentimiento de la familia ni de los hijos. Quienes las visualizan como madres, más no como mujeres.

Quinta Etapa: Las redes son necesarias.

- Identificar las redes de apoyo en la familia. Como dijimos anteriormente, la familia es la red de apoyo más importante, en nuestro país, disponible para las personas en situaciones de crisis. En este sentido, la mujer recibe apoyo económico y emocional, generalmente de sus padres y sobre todo de la madre, que es quien en general va a quedarse con los niños mientras ella trabaja.

Sexta Etapa: Demarcación del territorio: Colaborar no es invadir

- Precisar los límites saludables de las redes de apoyo familiar. Pues de no hacerlo, la familia tomará control de las funciones de la mujer, transformándola en su afán de ayudarla en una hija más, asfixiando sus potencialidades y relegando a un segundo plano sus esfuerzos.

Séptima Etapa: Nuevas acciones para una nueva vida.

- Empezar a actuar confiando y utilizando sus redes, partiendo por identificarlas, en su familia, amigos, comunidad, etc.

IV) CONCLUSIONES:

1. Los profundos cambios sociales que hemos atravesado en el Perú durante el último siglo, tanto en el aspecto político como en el económico, han afectado la organización familiar tradicional y han traído consigo un cambio muy importante en la posición de la mujer.
2. El que las mujeres trabajen fuera de la casa no las exime de sus tareas domésticas. Las trabajadoras del hogar que, sin duda, son una ayuda, no remedian

del todo su doble jornada laboral. Aún está muy anclada en nuestra sociedad la idea de que el trabajo de cuidar la casa y los hijos es una tarea femenina. Y corresponde a la madre realizarla; delegarla puede ser visto como un signo de descuido y desatención hacia sus hijos.

3. Las mujeres necesitan la confirmación externa acerca de que están en el camino correcto como madres solas. Y que esto no constituye un signo de anormalidad.
4. Las escuelas deberían estar más abiertas para prestar ayuda a estos hogares en lugar de pre-calificarlos como “carentes de” o “anormales”.
5. Es importante establecer el límite saludable entre lo que es apoyo, lo que es intromisión y descalificación por parte de la familia extensa.
6. La forma tradicional de las relaciones de poder en la familia patriarcal ha empezado a ser desechada debido a que no logra la realización plena de por lo menos una de las partes, léase la madre, puesto que sólo la percibe fundamentalmente como lo que es, como madre más no como mujer. Ello va a contrapelo de la tendencia mundial de la autorrealización de la mujer como tal. En ese sentido la iniciativa que un porcentaje femenino ha adoptado ante circunstancias adversas, ha sido el incremento del poder en sus propias manos para iniciar dos funciones esenciales: su propia *autorrealización a través de la autonomía*, y una *mayor capacidad de negociación* a todos los niveles. La autonomía se traduce en trabajo remunerado que puede ser creativo o no, el establecimiento de redes familiares extensas de sostén, etc. Mientras que la capacidad de negociación

se traduce en el incremento de la capacidad para tomar decisiones y el énfasis en el desarrollo personal, que tiene sus bases tanto en las redes creadas, como en los logros conseguidos en el terreno de los hechos.

7. Las mujeres se han apartado de la rígida normativa familiar hacia un comportamiento más secular e individualizado a partir de una serie de hechos:
 - Una mayor incorporación al trabajo asalariado y al mismo tiempo la incidencia negativa de la crisis económica.
 - Un aumento del nivel educativo de las mujeres, mayor variedad en las formas de convivencia y un retraso en la edad del matrimonio.
 - Un descenso en las tasas de natalidad, retraso en la edad para tener el primer hijo y espaciamiento entre los nacimientos de los hijos.
 - La aceptación del uso de anticonceptivos y del aborto provocado.
 - Impacto de los nuevos descubrimientos tecnológicos. (la reproducción asistida).

NOTAS:

1. Encomenderos:

Las Encomiendas fueron una Institución colonial en América, basadas en el repartimiento de indios entre los conquistadores. El indio debía trabajar pagar un tributo a su dueño, llamado Encomendero, el cual por su parte, tenía obligación de enseñarle la religión cristiana e instruirle conforme a las Leyes de Indias. Este sistema, aplicado inicialmente a La Española, se extendió a todos los países de Hispanoamérica. La codicia de los encomenderos que llegaron a tratar a los aborígenes como esclavos dio motivo a protestas por parte de algunos virreyes y visitadores. Ciertas encomiendas sobrevivieron hasta el Siglo XVIII.

2. **Curacas.**- Caciques.

3. **Garcilaso de la Vega.**- Historiador y cronista peruano, hijo del conquistador Sebastián Garcilaso de la Vega y de una princesa inca (1539-1616); pasó sus primeros años en Cuzco, su villa natal y posteriormente se trasladó a España. Tradujo los *Diálogos de Amor*, de León Hebreo, y escribió *La Florida del Inca*, relato de la expedición de Hernando de Soto, y *Comentarios Reales*, su obra maestra, en los que trazó la historia del Imperio de los Incas.

4. **Curacazgos.**- A la llegada de los primeros incas, varios de los pueblos del valle conformaban curacazgos, constituidos por uno o más ayllus, que parecen haber estado estructurados en confederaciones o ser parte de un pequeño estado regido por un cápac, curaca o jefe poderoso.

5. **Comedores Populares.**- Se definen como organizaciones cuyos miembros se reúnen para la preparación y distribución colectiva de alimentos elaborados. Los servicios pueden ser de desayuno, almuerzo o merienda.

6. **Vaso de Leche.**- Son comités que se desarrollan como producto de la ley 24059 que creó el programa del Vaso de Leche en 1984, dirigido a la población Materno - Infantil conformada por niños de 0 a 6 años de edad y madres gestantes y lactantes. Los recursos deben ser canalizados por los municipios provinciales.

V) BIBLIOGRAFÍA

Blondet, C. (1999) **Percepción Ciudadana sobre la participación política de la mujer.** *El poder político en la mira de las mujeres.* Instituto de Estudios Peruanos- Documento de Trabajo No. 98 - Lima - Perú.

Cacopardo, M.C. (1999) **Jefas de Hogar de ayer y hoy en la Argentina.** Centre d' Estudis Demografics, España.

Cendoc (1991) **Paquete Informativo No. 2: El Movimiento Popular de mujeres como respuesta a la crisis.** Centro de Documentación sobre la Mujer- Cendoc - Lima - Perú.

Cordero A. (1998) **Cuando las mujeres mandan.** FLACSO - Costa Rica.

Del Valle, T. (1993) **Mujer y nuevas socializaciones: su relación con el poder y cambio.** España.

Devoto, Rita (2000) *Evolución de las Organizaciones Familiares en REVISTA SISTEMAS FAMILIARES*, Año 16, No. 1 ASIBA, Buenos Aires, Argentina.

Etxeberria, I. (1990) *Diferencias sexuales en sentimientos de culpa en: Emociones y Perspectivas Psicosociales.* Fundamentos, Madrid

Fuller, Norma (1993) **Dilemas de la Feminidad. Mujeres de Clase Media en el Perú.** Pontificia Universidad Católica del Perú. Fondo Editorial, Lima-Perú.

Plácido, A. (1997) **Ensayo sobre Derecho de Familia.** Editorial Rodas, Lima, Perú.

Rodríguez Iturri, R. (1995) **Adolescencia, Matrimonio y Familia. Un estudio Interdisciplinario.** Pontificia Universidad Católica del Perú. Fondo Editorial, Lima - Perú.

Zegarra, M. (1999) **Mujeres y Género en la Historia del Perú.** Cendoc - Lima - Perú.

Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría del Niño.

Dr. Jean Ives Hayez

Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad
de Lovaina-Bélgica

Traducción:

Hernando Astudillo Pesántez

CONSIDERACIONES GENERALES

§ I. EI PEDIDO DE AYUDA, ENTRE LO SUBJETIVO Y LO OBJETIVO.

I. Un gran espacio para la subjetividad

Los “trastornos” del funcionamiento psíquico del niño, por los que los padres consultan, no provienen siempre de síndromes psiquiátricos graves, como los que se pueden ver en clínica de adultos.

Aunque si hay algunos casos: autismo, psicosis, depresiones graves y persistentes, comportamientos bastante perturbadores, etc. Pero, es más frecuente que los hechos no sean tan dramáticos.

Por otra parte, hay casi siempre alguien que se interesa, el adulto que pide ayuda: sus padres o alguna otra persona que les presiona. Este adulto experimenta un sentimiento subjetivo de malestar, de desviación “acerca del niño”, y racionaliza este sentimiento pretendiendo que el niño no está bien..., a veces esto es verdad, pero a veces es el mismo adulto interesado quien sufre, sin soportar la originalidad del niño. Busca incluso un pretexto - el niño - para hablar él, adulto, de sus propios problemas. En cuanto al niño, sea que él se sienta mal, sea que no tenga nada pero se deja llevar dócilmente a la consulta, si no tiene nada muestra que no está de acuerdo, mediante su mal humor, o sabotajes más sutiles de la consultación.

Es menos frecuente que sea únicamente el niño quien se sienta mal psíquicamente ya que, habiendo manifestado de una manera u otra¹ sus padres entienden su mensaje y le llevan a una consultación “psy”.

Lo que tendríamos entonces que estudiar desde el comienzo es la conducta, seguido de la consulta, y aún la confrontación de los malestares y las ideas *subjetivas*: aquellas de cada uno de los padres; aquellas, eventualmente, de la persona que se preocupa y que generalmente no se muestra; aquellas del niño y las del terapeuta². Sería preferible que el terapeuta acogiera serenamente estos malestares, quejas y rechazos... todos subjetivos y trate de comprender el sentido de estos, en lugar de decretar que hay quejas buenas o malas, quejas verdaderas o falsas, quejas graves o quejas sin gravedad.

Comprender el significado implica hacer -y hacerse en alta voz- preguntas como: *“¿Qué es lo que sucede, por qué estos están hoy delante de mí? ¿Qué es lo que les ha influenciado positivamente o negativamente, para que hagan este trámite? ¿Cómo se representan ellos el problema por el que están consultando? ¿A que atribuyen el problema? ¿Por qué es grave el problema para ellos? Etc.”...*

Para comprender es necesario también poder hacer un regreso sobre sí: ¿Hasta qué punto puedo yo asociarme al análisis? ¿De la percepción de cuál de ellos me siento el más próximo? ¿Por qué? porqué... en referencia a mi historia de vida, a mi imagen del mundo, a mi imagen de la buena o mala salud mental, etc.

Si el terapeuta procede así, constatará³ diferencias a veces sorprendentes que las familias hacen en la historia y el análisis de los acontecimientos: tal niño -y su familia - vivirá dramáticamente el descenso del 3% de sus notas escolares, o descubriendo una pequeña trasgresión... tal otro niño -y su

familia - parece “vivir” muy serenamente, sin sentimiento de invalidez, un disfuncionamiento “objetivamente” más invalidante (tics importantes, enuresis persistente)... ciertos padres se atormentarán descubriendo una masturbación... y otros tolerarán bien un comportamiento sicótico.

Luego de haber escuchado con respeto a sus pacientes, el terapeuta, depositario el mismo de sus conocimientos científicos y de su subjetividad, tendrá que decidir cada vez; a un extremo intentará tranquilizar... y al otro, al contrario, debe sensibilizarles a la gravedad de una situación, gravedad que a los pacientes se les escapa, porque como el avestruz, no quieren ver el peligro.

Siempre respetando la subjetividad de sus pacientes, el terapeuta deberá ayudarles también a que integren los elementos objetivos: las capacidades del equipaje del niño por ejemplo, y la percepción de sus deseos y proyectos tales como son estos.

§ II DIAGNÓSTICOS OBJETIVOS Y NOSOGRAFÍAS

I. Una opción para el terapeuta: introducirse en el discurso inmediato o referirse al diagnóstico

A. Del párrafo que precede, podríamos deducir que es posible y aun conveniente dirigir una relación de ayuda quedándonos cerca de los términos subjetivos que se producen a cada momento: entonces el terapeuta se introduce con los padres y con el niño en el pasado, el más actual, inevitablemente portador de bastantes compañeros del problema por el que se le consulta. Esta manera de trabajar, no es solamente una vista teórica: es totalmente o ampliamente ensalzada en un cierto

número de centros de salud mental o de consultas privadas, particularmente en muchos de estos centros que desconfían del psicoanálisis.

B. Al otro extremo, otros terapeutas otorgan mucha importancia a plantear diagnósticos precisos:

- Sean factores de morbilidad a partir de los cuales el problema ha podido manifestarse (diagnóstico etiopatogénico)
- Sean entidades patológicas, o enfermedades en acción (diagnóstico clínico).
- Sean los dos.

Para obtener lo que desean, más allá del solo hecho de escuchar el discurso del paciente, estos consultores recurren igualmente:

- A la observación del niño (con intercambios de palabras, juegos, dibujos);
- A pasar tests psicométricos o de proyección;
- A las listas de control de anamnesis y de sintomatología bien estructurada y estandarizadas. Estos cuestionarios son auto referidos o se les hace pasar a los padres, o a los profesores. A veces estos son aun computarizados.

C. Entre estos dos extremos, muchos de los consultores francófonos -a los que nosotros pertenecemos - se apoyan sobre todo en el hecho de escuchar el discurso de la familia y en la observación inmediata. El discurso escuchado puede ser espontáneo, o formulado en respuesta a las preguntas de los consultores, por ejemplo al rededor de la anamnesia. El discurso del niño es verbal y no verbal: entonces se trata también de sus producciones figuradas (dibujos, juegos efectuados en sesiones, etc.). Según la oportunidad, inconstantemente, en función de las circunstancias y necesidades, ellos

agregan haciendo pasar un test psicométrico o de proyección: con este último se aprende más, eventualmente, sobre las principales líneas de la evolución afectiva del niño, sus deseos y sus conflictos, y los diferentes estratos de sus representaciones mentales. En dialéctica con este movimiento, ellos sitúan razonablemente al niño dentro de una de las grandes nosografías, de la que vamos a hablar de inmediato, pero sin dejarnos aprisionar: la designación de una enfermedad⁴ inscrita dentro de esta nosografía, les permite pensar en otros síntomas, en lo que ellos no pensaban espontáneamente, y a enriquecer el diagnóstico... pero se quedan con “los pies en la realidad”: si un indicio de la entidad morbosa no está presente... quiere decir que no está.

II. El diagnóstico de las entidades mórbidas y las nosografías.

- A.** Como era inevitable en el campo de la patología mental, la delimitación y la denominación de los trastornos ha sido y es todavía hecha de manera anárquica por muchos autores: según las escuelas locales, los (mini)- grupos de pertenencia, la creatividad personal incluso. Los clínicos llaman a las mismas realidades con vocablos muy variados, sin la disciplina que prevalece ampliamente en medicina orgánica. Nosotros no escaparemos completamente de este uso: con regularidad, en este syllabus, emplearemos un vocabulario que nos ha parecido bastante utilizado entre los psiquiatras infanto-juveniles de expresión francesa.
- B.** Desde hace unos veinte años, por poner orden en esta anarquía, dos nosografías - la DSM y la ICD - tratan de imponerse en el mundo; una tercera, la CFTMEA, hace

esfuerzos para instalarse en los “psy” francófonos de niños y de adolescentes.

N. B. Una “nosografía” es por consiguiente una descripción que se considera lógica y exhaustiva, de las diferentes enfermedades que existen en el campo al que esta se refiere. Según la extensión que quiera darse, una nosografía describe, y pone orden sin duda alguna, las enfermedades a partir de los indicios clínicos; más inconstantemente ella describe también: la epidemiología, los factores externos asociados a la enfermedad y propensos a ser etiológicos, etc.

C. Primera nosografía de referencia: la clasificación francesa de trastornos mentales de la niñez y de la adolescencia (CFTMEA)⁵, preparada por R. MISES y sus colaboradores (1988) y revisado en 2000 (CFTMEA R-2000) (N. B. Es sobre esta última que nosotros nos apoyaremos).

Es una clasificación bi-axial:

- Eje 1: grandes categorías de enfermedades identificadas según una lógica “estructural” de inspiración psicoanalítica: el bosquejo de una descripción de las estructuras es tan importante como examinar de paso los indicios.

Se encuentran cuatro categorías de base, exclusivos los unos de los otros: 1- Autismo y trastornos sicóticos; 2- Trastornos neuróticos; 3- Patologías límites, trastornos de la personalidad; 4- Trastornos reaccionales.

Siguen entonces otras cuatro categorías que no son necesariamente exclusivas, ni la una de la otra, ni coexisten con una de las anteriores; estas son: 5- Deficiencias mentales; 6- Trastornos específicos del desarrollo y de las funciones instrumentales; 7- Trastornos de la conducta y del comportamiento; 8- Trastorno con expresión somática.

Viene al final una novena categoría, “Variaciones de la moral”, esta excluye de hecho la presencia de un trastorno que pertenezca a las categorías 1 a 4.

La CFTMEA R-2000 comienza igualmente una clasificación específica para los bebés (eje I: bebé [0 a 3 años]).

- Eje II: Se trata de un examen crítico de los factores asociados o anteriores a la enfermedad mental clasificada, y predispuesto a jugar un rol etiológico en su desencadenamiento. Estos factores son orgánicos y/o psico-sociales.

En un anexo del presente syllabus, presentaremos el eje 1 de la CFTMEA R-2000 de manera más detallada.

D. Segunda nosografía de referencia: le “diagnostical and statistical manual of mental disorders - fourth edition” (DSM IV).

Es una clasificación penta-axial, elaborada por la asociación de psiquiatras de América del Norte (APA):

- El eje I constituye, también, un examen crítico y una descripción de las grandes categorías de enfermedades mentales. Este examen se considera a-teórico, es decir no es inspirado por las teorías del funcionamiento humano normal y patológico. Se considera entonces puramente descriptivo. Reserva un capítulo específico a los trastornos que por lo general aparecen durante la primera o la segunda infancia o en la adolescencia (por ejemplo: trastorno autístico, enuresis, etc.). Sin embargo, los trastornos de los niños dependen por lo menos en parte de los otros capítulos del eje I del DSM-IV no específicos de una edad dada (por ejemplo: trastorno sicótico corto).

Cuando el síndrome se ha clasificado dos veces, nosotros daremos primero sus referencias CFTMEA, luego una barra /, luego sus referencias DSM IV. Por Ej.: (anorexia mental / anorexia nerviosa).

En un anexo del presente Syllabus, daremos una idea más detallada del eje I del DSM-IV.

- El eje II censa los componentes en la manera de funcionar, que son más estructurados y más cronometrados. Estos son principalmente:
 - < El retardo mental.
 - < Los trastornos de la personalidad: la mayoría de estos no son sin embargo diagnosticados antes del fin de la adolescencia.
- Los ejes III y IV examinan los factores asociados, posiblemente etiológicos, como lo hacía ya, de su lado, la CFTMEA. El eje III examina “las condiciones medicables⁶ generales” y el eje IV “los problemas psico-sociales y del ambiente”.
- El eje V constituye una medida cifrada, intitulada “evaluación global del funcionamiento”, del deterioro del funcionamiento del sujeto, del hecho de su enfermedad mental. El cifrado se hace refiriéndose a una escala estándar (“GAF scale”).

E. Preferimos no referirnos a la segunda nosografía, también muy difundida en el mundo, elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta nosografía es conocida con el nombre de I.C.D.- 10 (International classification of diseases - 10th edition), traducida C.I.M.- 10 (“clasificación internacional de las enfermedades”). Se refiere a todas las enfermedades, físicas y mentales. El capítulo F trata de las enfermedades mentales, y su concepción es muy próxima de la DSM-IV.

§ III INVESTIGACIÓN DE LA ETIOLOGÍA Y DE LA PATOGENIA.

I. Un poco de vocabulario.

- A. Con frecuencia, llamamos “etiología”, “factores etiológicos” o “causales” de un trastorno o “factores de morbilidad, o de enfermedad”, a los elementos desorganizadores de la realidad externa, que se les considera como provocadores de dicho trastorno.

Por ejemplo: una infección que lesiona el cerebro; un traumatismo psíquico, como un abuso sexual; el discurso desvalorizante de un maestro de escuela; la separación de los padres.

Cuando aún no se han encontrado los factores etiológicos convincentes, en lugar de decretar especulativamente “es seguramente psicológico (u orgánico)”, es preferible limitarse y decir que el trastorno es de una importancia capital.

- B. En general, llamamos “patogenia”⁷ o “mecanismo(s) patógeno(s) o patogénico(s)” al conjunto, más o menos lógicamente constituido, de las desorganizaciones intermediarias activas en el cuerpo del niño - cuerpo y psiquis - y que conducirán finalmente a los indicios clínicos mediante los cuales el trastorno detectado se identifica. Entre las causas externas, admitiendo que se les ha localizado, y la clínica del trastorno, hay entonces una desorganización subterránea que engendra (“genoma”) la patología (“páthos”).

Por ejemplo: después de un traumatismo psíquico el niño se encuentra invadido por imágenes traumáticas que no llegan a permanecer reprimidas; él auto genera ideas de

angustia, de culpabilidad, de desesperanza... Ciertos circuitos de activación del cerebro se encuentran momentáneamente sobreexcitados: esta patogénia se encuentra al origen de varias perturbaciones del comportamiento: alboroto, dificultad para separarse de los padres, dificultad para dormirse, etc.

II. Límites y trampas del vocabulario.

A. El examen crítico de los factores etiológicos da mucho que pensar que la aparición de un trastorno tiene lugar en nombre de una causalidad rectilínea simple: el organismo (cuerpo y alma) del niño sería como una materia blanda predispuesto a ser, sea labrado de manera estética gracias a factores favorables, sea bombardeado y alterado por la infelicidad. Ahora bien, la realidad es infinitamente más compleja.

Sin entrar en todos los detalles posibles, recordemos que:

- En nuestras vidas, se puede decir que intervienen en permanencia ciertos factores de morbilidad, y simultáneamente, también “factores de salud”. La naturaleza y aparición de estos son móviles, y algunas veces son engendrados entre ellos mismos. Hay más posibilidades de enfermarse si el conjunto de factores desfavorable se hace momentáneamente preponderante.
- Por ejemplo, cuando poco después que el bebé nace, ciertas madres caen con una depresión grave; hay niños para quienes la falta de atención de la madre es atenuada gracias a la calidad de la presencia del conjunto de personas que le rodean, pero para otros esto no es así...
- La “receptividad” de cada niño, tanto con los factores de morbilidad como con aquellos de salud es variable: entre ellos hay algunos que son muy vulnerables. Por ejemplo, se les ve angustiarse intensamente porque

la mamá se ha ausentado una media hora. Otros son más sólidos, más enérgicos, más resistentes. Por resistentes se entiende la capacidad que tienen algunos a “reaccionar frente a las pruebas difíciles”. Es decir, sacan provecho de las circunstancias desfavorables y extraen de ellas fuerza para vivir y una actividad fuera de lo común. Pensemos, por ejemplo, la manera cómo se desenvuelven ciertos “niños de la guerra”.

- Las disfunciones del niño, que manifiestan su trastorno, tienen en sí un efecto feedback sobre las personas y cosas de su entorno, y tienen entonces una capacidad latente de cambiar la naturaleza y la intensidad tanto de los factores de morbilidad como aquellos de salud.

Por ej.: uno está aún más irritado por el niño porque disfunciona... o en vista de ello, uno escucha su sufrimiento como una señal, entonces se le tiene más cuidado.

- Pero hay feedbacks más sutiles, que se refieren a los mismos mecanismos patogénicos, en particular a partir de la reorganización de la imagen de sí: muchos niños con disfuncionamientos se dan cuenta que disfuncionan, analizan su propio disfuncionamiento (¿Por qué? ¿Cómo van a reaccionar? ¿Qué voy a hacer?) y entonces modifican la representación que tienen de ellos mismos (Por ejemplo: “si padezco de enuresis, sé que soy el más malo de todos”); pueden también modificar su plan de vida (Por ejemplo: “no lucho más, no se puede hacer nada... o me sobrepongo”) o, más inmediatamente, su comportamiento frente a su disfuncionamiento (Por ejemplo: disimulación de ciertos síntomas... o, al contrario, búsqueda de beneficios secundarios): todas estas reorganizaciones en las ideas y las programaciones interiores acarrearán, sea una aceleración en la cura, sea nuevas complicaciones.

B. La frontera entre “factores etiológicos”, “mecanismos patógenos” y “trastornos” no es siempre tan clara como parece.

- Por ejemplo, la conducta desenvuelta del círculo en el que vive, con respecto a las reglas sociales, provoca ideas de omnipotencia en el niño y, en consecuencia, comportamientos transgresores: su idea de omnipotencia es una patogenia, ¿es ya una parte de su trastorno, su faceta intrapsíquica, complementaria a la faceta de su comportamiento?

La respuesta a esta pregunta es, en el fondo, arbitraria: dentro de este campo es evidente que se debe tener cuenta de la desorganización de sus ideas y de sus efectos para poder curar correctamente...

- Por ejemplo: cuando un niño hace un episodio depresivo endógeno, es decir que no depende de acontecimientos externos desfavorables. Este episodio comienza espontáneamente mediante el surgimiento de pensamientos y afectos “negros” (“No quiero nada... ya no me quieren”). Este *primum movens* es interno al individuo: ¿es, sin embargo, un factor etiológico? ¿Una primera etapa de los mecanismos patógenos? O se trata ya de la faceta intrapsíquica del trastorno?

RESPECTO A ESTO, PARA NO SUMERGIRNOS DENTRO DEL ACADEMICISMO ESTÉRIL, A CONTINUACION DEL SYLLABUS, RECURRIREMOS FRECUENTEMENTE A LAS DENOMINACIONES SIGUIENTES:

- *FACTORES SOCIALES de una enfermedad: son los factores que muchos autores consideran como etiológicos.*

- *FACTORES PSÍQUICOS (o INTRAPSÍQUICOS): es a propósito de estos que será siempre difícil y arbitrario decretar si se trata de mecanismos patógenos o si constituyen ya una de las facetas de la enfermedad.*
- *FACTORES SOMÁTICOS (o BIOLÓGICOS): acerca de estos también no es siempre fácil -ni muy útil- decretar si se trata de factores etiológicos, arte componente de la patogenia, o una faceta -somática- de la manifestación del trastorno*

§ IV UNA MODELACIÓN BIOPSIICOSOCIAL DE LA SALUD Y DE LA PATOLOGÍA.

Se confirma desde hace algunos años, una concepción y una modelación biopsicosocial de la salud y de las enfermedades (todas: las presuntamente físicas como las presuntamente mentales), a la cual nosotros nos adherimos.

Para los que sostienen la modelación biopsicosocial, todos los factores tienen la capacidad latente de adicionarse y de entrar en resonancia los unos con los otros dentro de un cuadro de multifactorialidad compleja⁸

I. Descripción de los factores.

Cada trastorno - o cada estado de salud - de cada niño es por lo tanto capaz de destacar, de manera móvil y por largo tiempo, la presencia de una o de algunas categorías de factores:

A. 1) Factores somáticos (o biológicos):

- Déficit de dotación, inmadurez y dificultades para madurar, enfermedades manifiestas del cuerpo o del cerebro.

Algunos son bastante macroscópicos y fácil de localizarles: por ejemplo, pobreza del tejido cerebral y retardo mental. Otros son menos perceptibles: por ejemplo, desequilibrio en la repartición de ciertos neurotransmisores cerebrales o en los circuitos cerebrales y (predisposición a) el autismo, la esquizofrenia.

- Vulnerabilidad, fragilidad, predisposición de ciertas zonas del cuerpo.

Por ejemplo, piel de calidad mediocre, que se irrita fácilmente en contacto con agentes químicos (errores de alimentación), pero también a causa del estrés.

- Reflejos condicionados; residuos de conductas automáticas instintivas.

Por ejemplo, la repetición ritual de ciertos estímulos podría ser uno de los factores que expliquen ciertas enuresis que se producen siempre a la misma hora de la noche y en el mismo lugar.

Por ejemplo, en el caso de ciertos niños angustiados, búsqueda “instintiva” de protección, al lado de los padres, la noche.

- Disposición progresiva, particular a cada niño, del patrón de sus conductas psicofisiológicas: “necesidades” con respecto al sueño, a la alimentación, a la excreción... aún, en parte, acerca también de la sexualidad; estabilidad o inestabilidad psicomotriz, etc. ...

N. B. De manera un poco arbitraria, dejamos de poner en relieve los factores que consideramos como “somáticos”. No negamos que, en los factores que presentaremos a continuación, queda siempre un enraizamiento somático. Por ejemplo, el estado de las funciones cognoscitivas que presentamos con los factores intrapsíquicos, depende, entre otros, del estado del cerebro. Pero no se trata de un determinismo total. Creemos en una parte de trascendencia del espíritu sobre la materia: en nombre de esta convicción, hemos dispuesto en otra parte los factores que están solo parcialmente bajo la influencia del soma.

2) **Factores intrapsíquicos.**

a) **De tipo cognoscitivo:** estado del momento de la inteligencia; estado de las funciones instrumentales⁹; estado de las informaciones recibidas por el niño e integradas por él; naturaleza de ciertas ideas auto generadas por su inteligencia y su imaginación, para poder explicarse la vida...

b) **De tipo “afectivo” o de “personalidad”.**

N. B. Los términos “afectivo” o “personalidad” están empleados aquí en un sentido más amplio, para designar todo lo que, en el funcionamiento intrapsíquico, no depende de la estricta acción de la inteligencia y de sus funciones satélites. Sin poder ni querer ser exhaustivo, citemos aquí:

El temperamento: estilo reaccional (“haw of behavior”); color, ambiente de la respuesta, emocional o (y del comportamiento), estable, previsible - si no se puede generalizar - en presencia de todas las situaciones de naturaleza equivalente, ampliamente innata pero modulable por el medio. Por ejemplo, tendencia a la actividad o a la pasividad, a la extroversión o a la introversión, a la sociabilidad o a la autosuficiencia, a la angustia o a la serenidad, etc.

- < Las pulsiones, los deseos y la evolución de estos en el tiempo;
- < La incorporación de las prohibiciones de los padres y de la sociedad (“Superyó” de los psicoanalistas o “asignaciones sociales incorporadas”);
- < La incorporación de un Ideal del YO; la constitución de un sistema de valores. Por ejemplo, tal niño quiere ser el más brillante pero se agota. A otro le parece importante mostrarse cruel, impasible, “audaz” frente a los castigos, y entra en conflicto con el medio en el que vive.

N. B. Los diferentes elementos que constituyen el “psiquismo afectivo” pueden estar en armonía o en conflicto los unos con los otros. Estos “conflictos intrapsíquicos”, frecuentes y dolorosos, están al origen de los “mecanismos de defensa”, destinados a organizar bien que mal y a reducir las tensiones y sufrimientos provocados por ellos (angustia, culpabilidad, depresión...).

B El ejercicio de la libertad interior.

Existe también esta instancia, esta realidad interior misteriosa que es nuestra libertad. Volveremos sobre esta, clasificándola entre los factores intrapsíquicos. Esta clasificación está mal hecha, ya que la libertad no se encuentra en el mismo orden lógico de clase que la inteligencia y los factores afectivos. Nosotros debemos sin embargo referirnos en alguna parte, y entre los peores lugares es el mejor que hemos encontrado. Nuestra libertad se apoya en la inteligencia, para que elijamos y tomemos las decisiones. Ella localiza nuestros deseos, nuestros valores, nuestros conflictos y por definición, programa el comportamiento influenciado por estos componentes, pero a pesar de esto se le escapa también un poco. Por ejemplo, podemos decidir libremente renunciar a nuestros deseos, o realizarlos de

manera irrefrenable... podemos decidir ir en contra de nuestros valores y hacer aquello que nosotros pensamos que es el mal, etc.

C Factores socio-materiales.

- 1) los elementos materiales del medio. Por ejemplo, la ausencia de espacios verdes en los suburbios puede crear las condiciones favorables para la delincuencia. Los servicios higiénicos sucios de la escuela, la incontinencia fecal...
- 2) la naturaleza y el status¹⁰ del círculo humano del niño, el comportamiento y las palabras que surgen en este medio.

El círculo de personas del que se habla aquí, son principalmente los padres del niño, a los que se les puede sumar ocasionalmente aquellas personas que remplazan a los padres para su educación diaria. También los otros miembros de la familia nuclear, la familia en el sentido amplio, el personal del establecimiento escolar, los compañeros, etc. Todas estas personas son eventualmente capaces de influenciar en la salud global, física o psíquica del niño, a través de:

- La simple percepción del niño, percepción de la condición o del status en el momento presente de este círculo de personas.

Por ejemplo, el niño constata y debe aceptar que tiene un padre minusválido, que es hijo o hija de inmigrados ricos o pobres, que su familia tiene tradiciones y una cultura propia, que su madre sufre de depresión, etc.

- Las palabras y actitudes “flotantes”, que no son particularmente destinadas al niño, pero que las percibe de pasada, que le dicen la opinión que tienen

sobre la vida y sobre el destino humano las personas de las que está rodeado.

Por ejemplo, escuchar que “la vida es una porquería...”; que se debería “aprovechar de los otros”, etc....

- Las palabras y actitudes “flotantes”, tampoco destinadas directamente al niño, pero que dicen sin embargo quién es él, las alegrías y preocupaciones que él causa, la manera cómo uno comprende sus problemas.

Por ejemplo, se habla del niño a extraños, para decir la gratificación o la insatisfacción que se recibe del niño... se habla todo el tiempo, con voz queda, de los serios problemas que tiene... él entiende algo, y sin querer se le encierra en un rol: el rol del imbécil, del pícaro, del tímido, etc.

- Las palabras y actitudes destinadas al niño, sea para educarle, o sea simplemente para provocar una interacción espontánea con él: divertirse, trabajar juntos, pedirle ayuda, hacerle un confidente, etc.

- 3) el funcionamiento general de la sociedad; las ideas y valores que acarrea; las normas culturales...

El funcionamiento de la sociedad influye también en el niño, mediante los mismos mecanismos que acabamos de describir en b).

- 4) el funcionamiento de las instalaciones destinadas a los niños: por ejemplo, una cierta cantidad de problemas son generados a causa de la multiplicación anárquica de los centros que están a cargo, y también a causa de la pulverización de estos.

II. Interacciones factoriales y esquema de adicionamiento.

A. 1. Es obvio que los diferentes factores que acabamos de enumerar no actúan todos en cada trastorno del niño y, más todavía, no intervienen según una equiproporcionalidad rígida. La presencia y la intensidad de uno de ellos debe localizarse cada vez, prestando oído, observando y practicando exámenes especializados. Además, ya lo hemos dicho, hay efectivamente evoluciones temporales cualitativas y cuantitativas.

2. Por un problema dado, los factores presentes son capaces de influenciarse los unos a los otros, según leyes muy diversas. Las describiremos aquí, solo para evocar la importancia de la frecuencia de los mecanismos de feedback. Por ejemplo, un exceso de severidad de los padres, crea un comportamiento de oposición en el niño, que entretiene la dureza que recibió de los padres.

Tampoco es imposible que haya factores desfavorables que coexistan, sin real influencia entre ellos, pero con efecto acumulador cada vez más desorganizador del comportamiento.

B. Ya que describir las leyes de influencia -o de independencia- de los factores en acción, constituye una gimnasia difícil, es posible diferir esta manera de pensar, y trazar una modelización biopsicosocial muy simple, acudiendo al esquema del adicionamiento. Este esquema constituye una buena orientación para tener las ideas claras con respecto a lo que está en juego, y para concebir y jerarquizar los objetivos del tratamiento.

1. Se les representa con *cuadriláteros*, que se les *sobrepone uno tras otro, desde la base hacia la*

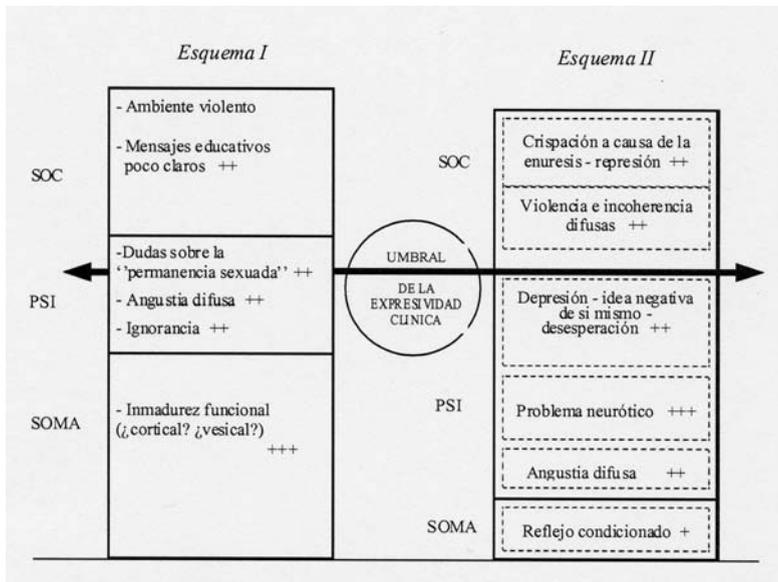
cumbre, los factores somáticos, intrapsíquicos y sociales capaces de influenciar.

Cuando hay un problema macroscópico que se le puede localizar, el cuadrilátero que se encuentra sobre este “revienta” inevitablemente una línea que representa el umbral de expresividad clínica del problema.

2. La altura de cada cuadrilátero es variable: aproximadamente esta representa la intensidad que se le atribuye, por el momento, al factor representado por el cuadrilátero. Dentro de cada gran cuadrilátero, se describe, mediante algunas palabras resumidas, cada uno de los subfactores que se supone está obrando. Se puede añadir a su nombre una o más cruces que representen la intensidad (por ejemplo: experiencia de vida angustiada +; experiencia de vida angustiada ++).
3. Uno de los intereses del esquema de las somatizaciones, es que se puede fácilmente acomodar la composición a medida que pasa el tiempo, y de esta manera, tener delante de uno una representación diacrónica de la evolución del problema, que sea fácil de examinar.

C. Ilustración del esquema de adicionamiento, aplicado a un niño que padece de enuresis.

Enuresis primaria (= higiene vesical que nunca se estableció) en Sabina, cinco años y medio, niña poco informada y poco educada con respecto a la micción, intrigada y preocupada por el problema de la diferencia de sexos, y viviendo en un contexto familiar impulsivo, más bien violento.



Esquema II: La misma niña, Sabina, de ocho años de edad padecía aún de enuresis; supongamos que se hubiera constatado, en ella, el comienzo de un problema neurótico utilizando la enuresis ya existente.

§ V EN SEGUNDO PLANO EL FACTOR SOMÁTICO Y AUN EL FACTOR INTRASÍQUICO: EL GENOMA DEL NIÑO

I. ¿El genoma en segundo plano?

- A. Hemos evocado ya cómo el factor somático se descomponía en subfactores, por ejemplo enfermedades

manifiestas; zonas de fragilidad, de predisposición; patrones particulares de conductas psicofisiológicas...

El estado actual de cada uno de estos subfactores es en sí el resultado:

- de un lento despliegue fenotípico del capital genético del niño;
- sobre el cual se injertan una mezcla, más o menos favorable o desfavorable, sea de diversas agresiones que causan perjuicios en el presente y el futuro del fenotipo, sea de almacenamientos positivos que el fenotipo del momento tiene necesidad para conservarse y crecer.

B. Hemos procedido de idéntica manera con respecto al factor intrapsíquico, exponiendo en particular: el temperamento, la inteligencia, las pulsiones.

1. Aquí también el estado actual de un cierto número de subfactores es en sí el resultado:
 - del despliegue del genoma del niño. Este se encuentra en el origen del desarrollo del cerebro y del sistema nervioso, sustrato material condicionante, en parte por lo menos, el ejercicio de la inteligencia en ese momento, del temperamento, etc.
 - sobre el cual se injertan las agresiones o el almacenamiento positivo que dan al fenotipo intrapsíquico del niño su configuración definitiva.
2. Sin embargo, nada de simplismos acerca de estas agresiones o de estos almacenamientos positivos. Pensamos inmediatamente en marcas humanas, negativas o positivas, y se habla entonces de una interacción entre naturaleza y cultura, constitutivos del ser. Claro que allí está una parte de la verdad, en

cuanto a aquello que nos constituye. Con todo no olvidemos que:

- algunas de estas agresiones o de estos almacenamientos pueden ser únicamente autogenerados: pensamientos personales del niño, negativos o positivos, en virtud de los cuales deja también libre curso a su propia naturaleza o lucha cuando hay algo que modificar en estos;
- otros pueden ser materiales: por ejemplo, una intoxicación cerebral puede cambiar radicalmente el proceso de las ideas y de los sentimientos del niño.

II. Las grandes categorías de implicación del genoma.

- A.** En una pequeña minoría de niños, la alteración del capital genético es fácilmente detectado: alteraciones cromosómicas, que acarrear con frecuencia el retardo mental, problemas neurológicos o malformaciones físicas.
- B.** En otros casos, los cromosomas parecen ser normales, pero se sabe qué elementos genéticos precisos son anormales, lo que da origen, total o parcial, a enfermedades bien conocidas: por ejemplo enfermedades metabólicas.
- C.** Es más bien corriente que los cromosomas parezcan normales, y no se conoce con precisión las localizaciones genéticas que dan lugar... pero se hacen especulaciones razonables¹¹ acerca de la existencia de particularidades en dichas localizaciones, que ejercen su influencia sobre:
 - 1) el desarrollo de la inteligencia;
 - 2) el desarrollo de un temperamento de base;
 - 3) el equipaje de pulsiones;

- 4) el desarrollo de predisposiciones cerebrales o somáticas a un cierto número de funcionamientos patológicos, que descompensarán bajo el efecto de otros factores orgánicos o afectivos: predisposición a tics, a la enuresis, a la depresión, a las obsesiones y compulsiones, etc.

El término “predisposición” es muy impreciso y oculta muchas posibilidades. Por ejemplo:

- < Repartición particular de ciertas células o ciertos neurotransmisores en ciertas zonas cerebrales.
- < Institución de circuitos neuronales no estándar; retraso en las especializaciones de circuitos.
- < Órgano de calidad mediocre (por ejemplo, la piel); estómago que secreta demasiado ácido; intestinos con la inervación muy sensible, etc.

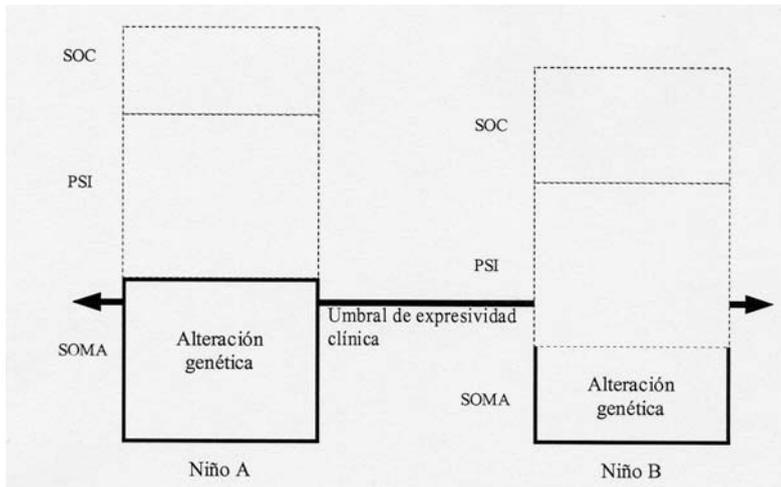
- 5) el desencadenamiento de una patología clara.

Por ejemplo, no es posible que las alteraciones genéticas, actualmente aún desconocidas, estén en el origen de un cierto número de síndromes autísticos o de un cierto número de enfermedades de Gilles de la Tourette (enfermedades de tics múltiples, etc.)

El esquema de somatizaciones, que acabamos de exponer, nos permite comprender porqué hablamos a veces de “predisposición” y a veces de establecimiento de una patología clara.

Por ejemplo, la misma alteración genética - por el momento aún no localizada - podría:

- en el niño A - tener una penetración poderosa y rápida, siendo suficiente ella sola para hacer aparecer los signos clínicos de un autismo. Esto no excluye que ciertos factores afectivos y sociales puedan agravar esta sintomatología.



- En el niño B, al contrario, la penetración fenotípica de la alteración genética es de poca intensidad. Es necesario, inmediatamente, que se incorporen sea factores intrapsíquicos, sea factores sociales, sea los dos, para que el autismo se descompense clínicamente.

§ VI PRINCIPALES MEDIOS TERAPÉUTICOS DESTINADOS AL NIÑO Y A SU FAMILIA

A continuación presentaremos, por cada tipo de trastorno, cuáles son los medios adaptados para poder remediarlos. Nos parece entonces necesario comenzar enumerándolos.

Según las circunstancias recurrimos a:

- I Una orientación de los padres: reflexión sobre la educación cotidiana, finalidad y justificación de esta, y una eventual reorganización.
Reorientación de los padres hacia una psicoterapia individual, de grupo o conyugal.
- II Una psicoterapia individual (o de grupo) del niño: psicoterapia de sostén, psicoterapia de inspiración psicoanalítica o rogérienne; terapia cognoscitiva-behaviorista, terapia con mediación (utilizando un material que facilita para que el niño hable), etc.
- III Una terapia de la familia.
- IV Las reeducaciones: psicomotricidad, logopedia, terapia del desarrollo, reeducación de un trastorno específico del aprendizaje, reeducación de las estructuras lógicas del pensamiento, etc.
- V La administración de medicamentos al niño (y eventualmente a los padres).
- VI Las nuevas orientaciones escolares, sociales o culturales: frecuentación de un círculo juvenil, de un laboratorio de expresión, de un deporte.
- VII La separación, más o menos completa, del niño y de su familia. El nuevo medio en el que vive ejerce o no una dimensión de “psicoterapia institucional”.
- VIII La declaración que no es posible un cambio por un tiempo indeterminado; la ayuda durante el duelo.

N. B. Estos medios pueden añadirse los unos con los otros, aunque el exceso perjudica a lo que está bien. Hay que evitar, en particular, la multiplicación de las acciones de ayuda

individual. Si se hace excepción de los casos donde se elige una terapia de la familia, el hecho de guiar a los padres constituye la mayor parte de veces, una forma de acompañamiento “basal”, que debería ser omnipresente.

§ VII DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS: UNA PERSPECTIVA DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO.

- I. La psicopatología del desarrollo nos muestra que las diferentes instancias del ser se instalan a lo largo del tiempo, como resultado de la acción combinada de:
- un cierto vigor para vivir; una capacidad innata del crecimiento, en relación con el genoma, pero quizás también, con un cierto “capital-espíritu” que es trascendental para él;
 - las interacciones adecuadas con el entorno material y humano que orienta, protege, informa, estimula, impide, etc. ... que logra guiar, disciplinar, contribuir a la organización del crecimiento. A pesar de ser simplista, preferimos recurrir a la metáfora del jardín hermoso, que resulta probablemente tanto del vigor de las semillas sembradas como de las “manos verdes” del jardinero.

Desde la óptica de las etapas de un desarrollo intelectual y afectivo estimado “sano... maduro... radiante” y de la instalación progresiva de instancias cada vez más complejas, podemos observar la instalación progresiva, a lo largo del tiempo, de “puntos patológicos negros”.

- II. Entonces, nuestra perspectiva consistirá en observar el curso del desarrollo, localizar dónde se instalan las anomalías transitorias, de larga duración o definitivas, y, cada vez que sea posible, comprender por qué. Se puede

hablar de una lógica cronológica, casi ineluctable cuando se quiere estudiar lo normal y lo patológico en los seres en período de crecimiento rápido como es el caso de los niños: examinaremos cuáles son las edades de la vida en las que aparecen, lo más típicamente, ciertos trastornos y por qué, cuáles son las formas que toman estos y cómo se mantienen o evolucionan a lo largo del tiempo.

Esta “lógica cronológica” de procedimiento del curso y del syllabus de psiquiatría general, nos diferencia de la manera de proceder de las nosografías.

BIBLIOGRAFÍA

HAYEZ, Jean Ives. *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría del Niño*. Texto preparado para el curso de Postgrado en Terapia Familiar. Traducción: Hernando Astudillo Pesántez. Noviembre 2003. Cuenca-Ecuador.

NOTAS:

¹ El niño se expresa a veces directamente a cerca de su malestar psíquico: “Tengo miedo... estoy triste... no me quieren”. Con más frecuencia, es a partir de su comportamiento tenso o difícil, o a partir de somatizaciones, que los padres descubren su sufrimiento psíquico.

² Empleamos el término “terapeuta” para designar al profesional de salud a quien se le ha pedido ayuda. Puede tratarse de un médico en medicina general, de un pediatra, de un psicólogo, de un trabajador social, de un psiquiatra para niños, etc.

³ Y debería constatarlo con empatía, dando a cada uno - a él mismo inclusive - el derecho de expresar su subjetividad, luego negociando las consecuencias; de tal manera que se proteja la dignidad de cada uno: por ej.: a veces, se puede trabajar con los padres sin el niño... se puede suspender las entrevistas, sin llegar a despreciarse mutuamente.

⁴ En este syllabus, emplearemos como sinónimos los términos “síndrome”, “enfermedad (mental)”, “entidad morbosa” o “trastorno (mental)”. “Trastorno” es la traducción francesa del término “disorder” que la DSM-IV ha preferido. Resuena menos peyorativamente que “enfermedad mental” que hace pensar inmediatamente en “psicosis” y “gravedad”.

⁵ A continuación de este texto, cuando hablemos por primera vez de un síndrome clasificado en la CFTMEA R-2000 daremos su denominación usual entre paréntesis, donde constará el nombre con el cual es designado en el eje I del CFTMEA, seguido de una barra / Por ej.: (autismo infantil precoz tipo Kanner/).

Cuando hablemos por primera vez de un síndrome clasificado en la DSM IV, procederemos de la misma manera, comenzando por la barra /. Por ej.: (/Trastorno autístico).

⁶ Por “medicables” aquí hay que entender “orgánicos”. Es una lástima que la DSM-IV haya procedido a la asimilación de estos dos términos. Un médico se ocupa del campo orgánico, pero también de otros campos del sufrimiento humano.

⁷ Ciertos autores prefieren hablar de “psicopatología” en vez de “patogenia”. Lamentamos este uso reductor que hace pensar que, dentro de los mecanismos patógenos, solo las desorganizaciones de la psiquis son importantes, y que aquellas del cuerpo - por ejemplo los desequilibrios de los neurotransmisores cerebrales - no lo son.

⁸ Nos falta espacio para exponer esta concepción de manera detallada. Lo hacemos en el libro “Le psychiatre à l’hôpital d’enfants” (en particular los capítulos 1 y 2), colección “Le fil rouge”, París, PUF, 1991.

⁹ Definiremos a continuación las funciones instrumentales y su patología. Veamos un ejemplo: un niño puede poseer una inteligencia correcta, sin embargo, tener poca capacidad para descifrar con fluidez las palabras escritas (“dislexia”). Y es posible que la dislexia se encuentre en el origen de diversas inadaptaciones y fracasos.

¹⁰ Aquí, se entiende por status de una persona o de un subgrupo, la manera cómo esta persona o el subgrupo... son vistos, definidos, “posicionados” por los grupos sociales más amplios en los que vive.

¹¹ Por ejemplo, mediante la reconstitución de árboles genealógicos o estudios de gemelos mono cigotos y di cigotos y también de niños adoptados, y de sus hermanos.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL ASMA INFANTIL

Rossana Sandoval Rivera

Doctora en Psicología Clínica por la Universidad Central
del Ecuador

Máster en Psicoterapia Familiar Sistémica por la
Universidad de Lovaina y la Corporación Ecuatoriana
de Terapia Familiar Sistémica

INTRODUCCIÓN

El niño al nacer inicia un proceso evolutivo de reconocimiento integral y completo de su unidad psicosomática. El cuerpo, en su totalidad, es descubierto paulatinamente.

El niño va integrando en un tiempo y espacio los diferentes segmentos corporales y sus funciones. Inicialmente aprenderá a succionar el seno materno coordinando movimientos de la boca con la deglución, luego sostendrá su cabeza con más firmeza, más tarde encontrará sus manos y pies en la línea media de su cuerpo y así sucesivamente empezará a tener noción de que funciona como un todo.

Un aporte conceptual que parece interesante para comprender la dinámica que suscita el asma es aquel en que se hace una distinción entre lo que constituye el CUERPO EFECTIVO o CONCRETO y el CUERPO VERDADERO en el niño: El primero lo constituyen los órganos y las funciones; el segundo, la imagen de sí mismo, la representación del cuerpo, con sus sensaciones.

La imagen del cuerpo está especialmente ligada a la naturaleza del cuerpo concreto, a la manera en que aquellos que le rodean dan una percepción o postura y la transmiten. Se podría decir que el niño recibe de quienes le rodean la percepción de su cuerpo, él se define a partir de lo que recibe de su medio. Todas las experiencias ligadas con su cuerpo son integradas y elaboradas para constituir la representación de su ser.

En un proceso evolutivo el niño va integrando las percepciones que le son agradables hasta poder vivir en armonía con las condiciones de su cuerpo. El niño que experimenta una percepción corporal armoniosa, fácilmente asimila los cambios del ambiente y de su propio cuerpo.

El ser humano, por naturaleza, utiliza su cuerpo como medio de expresión, lo cual logra en un proceso también evolutivo. Nos relacionamos a través de un cuerpo sea este sano o no. Damos utilidad a todas nuestras características corporales en el afán de vincularnos con nuestro medio. De allí que podamos analizar cómo un ser humano puede desarrollar formas de contacto, comunicación y relación con su cuerpo. Se aprende a utilizar la estructura y funciones corporales en esta comunicación y a la vez también nos comunicamos con nuestro cuerpo.

Cuando un niño nace con una patología o una alteración de su estructura corporal, ésta será integrada a la forma de vivir que va aprendiendo el niño, de igual manera si desarrolla enfermedades posteriormente, éstas serán adaptadas a la dinámica cuerpo-medio.

Por tanto, los factores que intervienen en la percepción del cuerpo concreto y verdadero lo constituyen el niño, con su evolución y su ambiente.

La adaptación (integración) del niño a un cuerpo que a veces puede no funcionar normalmente podría generar consecuencias emocionales e intelectuales de intensidad distinta y de naturaleza cada vez original. La búsqueda del equilibrio en el niño es una constante dinámica. El equilibrio emocional, psicofisiológico, social no es estático; por lo contrario se superponen dinámicamente adaptaciones de las necesidades cambiantes del ambiente y del niño en sí. Esto le permite un ejercicio y una experiencia que lo lleva a

integrarse en armonía. La enfermedad en sí es una constante búsqueda del equilibrio que lo lleva a la salud.

La adaptación podría ser marcada por varios factores como el grado de éxito y dificultad que requiera para lograr armonía o equilibrio, como también el nivel de respeto y afectividad que el niño haya desarrollado hacia su cuerpo y este proceso está, a su vez, íntimamente ligado a cómo su contexto familiar y social se ha relacionado con él.

El vínculo íntimo que haya realizado la madre y sus cuidadores con el cuerpo sano y el cuerpo enfermo de su hijo serán uno de los factores determinantes en el aprendizaje que el niño haga de su alteración. “La actitud para con el cuerpo interesa al conjunto del ser del niño”¹

La tríada niño-asma-ambiente, se constituye en una organización dinámica íntimamente vinculada que actúa simultáneamente. Una intervención en cualquiera de ellos generará una reacción en los otros, es decir un efecto sistémico. La noticia de un diagnóstico de asma, por ejemplo, iniciará una serie de reacciones a nivel del niño, de la familia nuclear y de su familia extendida, si la hubiese. Una secuencia que puede tener matices característicos de la estructura y relación familiar, su manera de enfrentar y resolver problemas, sus formas de comunicación, en fin, adquieren la forma en que la familia ha vivido.

Para la mejor comprensión de cómo hemos adquirido las nociones que nos permitan abordar de una manera más efectiva el asma, presentamos a continuación los factores psicológicos y familiares característicos de ella.

Se presentan documentos de varios autores que pueden contribuir a una mejor comprensión de cómo se vive con un niño que padece asma. Se realiza además una

contribución teórica a partir de algunos conceptos sistémicos que se someten a la consideración del lector.

IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL ORIGEN Y MANEJO DEL ASMA.

Dos modelos científicos de estudio del individuo han intentado explicar la génesis del asma y sus relaciones psicosomáticas: El primero, al que podemos referirnos como Modelo Lineal, considera a la enfermedad contenida dentro del individuo. El segundo, al que nos referimos como Modelo Sistémico, considera no solo al individuo, sino al individuo dentro de su contexto y más específicamente dentro de su familia.

Investigaciones realizadas a través del modelo Lineal han hecho contribuciones importantes hacia el estudio del sistema nervioso central, del sistema nervioso autónomo y del sistema neuroendocrino.

Múltiples investigaciones han realizado aportes importantes que han ido abriendo la comprensión de las relaciones psicosomáticas. Cannon, por ejemplo, realizó investigaciones sobre el efecto del miedo, ira y hambre. Freud describió con gran interés la interacción de los estados emocionales y las funciones corporales. Posteriormente Adler habló de ciertos órganos que se hallan predispuestos a un síntoma determinado. Dumbbar subrayó la importancia de los factores constitucionales y el tipo de personalidad, describiendo al “tipo asmático” como una persona emocionalmente insegura, narcisista, dependiente y con fuertes impulsos hacia relaciones de orden externo.

La psicoterapia basada en el modelo lineal, se ha mantenido focalizada en el tratamiento del individuo ya que considera que factores individuales de la personalidad, son

los principales determinantes de las reacciones psicósomáticas en el asma.

Hacia 1950 un nuevo modelo conceptual se empieza a desarrollar, al que nos referiremos como Modelo Sistémico, el cual permite considerar no sólo al individuo, sino al individuo en su concepto social. Si ampliamos el concepto de “enfermo” a “enfermo en la familia”, podremos redefinir la naturaleza de la patología y la visión acerca del cambio terapéutico.

Dentro de este modelo conceptual, se sugiere, la existencia de un grupo importante de determinantes, en contraste con otros modelos que proponen la existencia de un solo factor etiológico. En este punto se hace indispensable la utilización de la Terapia Familiar que hace resaltar áreas disfuncionales dentro del contexto de vida del paciente, postulando que a través de una terapia enfocada a cambios en la organización familiar, el paciente mejorará notablemente. Para ello se presenta a continuación algunos conceptos y aplicaciones terapéuticas que son aportes de Salvador Minuchin, uno de los principales exponentes del Modelo Sistémico Estructural de la Terapia Familiar, que encabezó a un grupo de investigadores del Hospital Infantil de Philadelphia, Pa. USA. Este autor se concentró en la investigación y tratamiento de familias en las que hubiera algún hijo que presentara trastornos psicósomáticos.

Este grupo desarrolló un modelo conceptual partiendo de la hipótesis de que cierto tipo de características y funcionamiento familiar favorecía la somatización. A este modelo, lo han denominado Modelo Familiar.

Este modelo, postula y comprueba que para que se desarrolle una sintomatología psicósomática en el niño, necesitan presentarse 3 condiciones:

- 1) Que el niño sea fisiológicamente vulnerable, o sea que exista una disfunción orgánica específica que como tal haya sido diagnosticada por el pediatra. La elección del síntoma está relacionada con la herencia familiar.

- 2) Que la familia utilice 4 modalidades de interacción específica:
 - a) AMALGAMAMIENTO, la familia funciona como “un todo”, no permitiendo la diferenciación individual, (isomorfismo)
 - b) RIGIDEZ, la familia permanece estática, mostrando gran dificultad para tolerar cambios, (fusión).
 - c) SOBREPOTECCIÓN, los miembros de la familia muestran un interés exagerado por el bienestar de los demás, al grado de que los hijos crecen indefensos, (vínculo-apego).
 - d) EVITACION DE CONFLICTOS, la familia invierte mucha energía en estar siempre en armonía y tienen tanto temor al conflicto, que dejan los problemas sin solución, (triangulación).Las cuatro características deberán presentarse conjuntamente, ya que ninguna separadamente tendrá la fuerza suficiente para desencadenar la somatización.

- 3) Que el niño enfermo juegue un papel importante dentro del patrón de evitación de conflicto en la familia, y que este hecho sea la causa del reforzamiento del síntoma.

Varios investigadores afirman que las familias con pacientes psicossomáticos, son muy dependientes del médico a quien imaginan poseedor de cualidades mágicas que le permiten curar al paciente. Añaden además que a mayor dependencia de los familiares con el médico, y aunado con las 4 características antes mencionadas, existirá mayor probabilidad de que se desarrolle un síntoma psicossomático.

Es importante hacer notar que aun cuando estas formulaciones han tenido gran aceptación en el conocimiento y tratamiento de los trastornos psicossomáticos, los estudios fueron llevados a cabo en los Estados Unidos y por lo tanto se encuentran circunscritos a esta cultura.

Numerosos estudios postulan características culturales específicas de las familias latinoamericanas las cuales permiten suponer que la cultura Mexicana difiere de la Estadounidense por lo que se hace inminente la necesidad de estudiar las familias latinoamericanas con el fin de corroborar o descartar tales planteamientos.

Se sugiere leer los resultados de la investigación realizada en el Hospital Infantil de México.

En dicho estudio se llega a la conclusión de que las familias, tanto psicossomáticas como no psicossomáticas, presentan niveles similares de amalgamiento, rigidez, protección. Únicamente las familias psicossomáticas presentan niveles significativos elevados de evitación de conflictos.

En el estudio mexicano los mecanismos que con mayor frecuencia utilizan las familias para evitar un conflicto, son:

- Señalando a alguien como culpable de los problemas familiares.
- Cambiando, terminando, desviando los temas sobre los problemas.
- Bromeando, riéndose, distraendo o interrumpiendo.
- Callándose o negándose a participar en las conversaciones.
- Negando que tienen problemas o minimizándolos.
- Amenazando con dejar a la familia si se tratan problemas.

Es importante recordar que el paciente juega un papel trascendente dentro del patrón de evitación del conflicto en la familia. Dado que al sentir la tensión familiar y la impotencia para resolver los problemas, responde con síntomas, desvía la atención de la familia, que se une, preocupándose y olvidándose de cualquier conflicto anterior. Dados los resultados, es posible aseverar que efectivamente existe una relación directa entre una estructura familiar determinada y la presentación y la exacerbación de las crisis psicósomáticas.

Los pediatras deberán considerar la presencia de patrones disfuncionales en la familia del paciente, para identificar tempranamente factores emocionales desencadenantes de las crisis de asma. Una intervención transdisciplinaria (varias disciplinas funcionando simultánea y conectadamente) puede optimizar los resultados en la remoción del síntoma. Además, en la medida en que se practique esta intervención, no se caerá en el patrón de sobre dependencia de la familia en el pediatra.²

Los fenómenos relacionales característicos de las familias con un miembro asmático, descritos por Minuchin, aportan una mejor comprensión a los padres y a los médicos del uso que podría tener un acceso de asma en el contexto familiar, por ello considero importante ahondar un poco más en estos fenómenos.

“ISOMORFISMO: Tomado de un concepto matemático, se aplica cuando dos estructuras complejas pueden proyectarse una sobre la otra, de modo que para cada parte de una de ellas existe una parte equivalente en la otra donde “equivalente” significa que las dos cumplen funciones similares en una estructura.

El concepto de isomorfismo permite generar hipótesis sobre aspectos esenciales de los procesos de comunicación

y del pensamiento humano. Los seres humanos se comunican digital (verbal) y analógicamente (no verbal). El lenguaje digital tiene una sintaxis lógica poderosa pero carece de una semántica en el campo de las relaciones, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no tiene una sintaxis adecuada, para definir sin ambigüedad el carácter de las relaciones. En las familias con niños asmáticos, se puede observar que el carácter analógico de una crisis se sobrepone a la comunicación digital o viceversa, obteniendo comunicaciones que se presentan como descargas de tensión acumuladas con llanto y ansiedad, lo cual caracteriza también la naturaleza del acceso de asma.

VINCULO: Es una modalidad relacional que tiene lugar (casi siempre encubiertamente), en todo tipo de relaciones, es un mecanismo muy funcional para la supervivencia del individuo. Bowlby (1969,) investigó a fondo la conducta del vínculo (apego), humano en la primera infancia. Es evidente que la madre y el niño tienen la potencialidad innata para desarrollar ciertas pautas de conducta que establece un lazo emocional entre ellos. El llanto y las sonrisas del niño guían a la madre hacia él. Los instintos de apego y seguimiento del niño, lo llevan hacia la madre y la mantienen en su cercanía. En consecuencia, el círculo interaccional, presente en la primera infancia, depende de las dos partes. Los mecanismos del vínculo relacionan las pautas de conducta innatas y el aprendizaje. El vínculo se vuelve patológico tan solo cuando se frustra la posibilidad de cambio del individuo, o del ciclo vital de la familia, y se obstaculiza la adaptabilidad a las exigencias del cambio del sistema social circundante. La sobreprotección conduce a una dependencia psicoafectiva y física en la familia del asmático.

Más recientemente Wynne (1984), ha colocado la dinámica relacional del vínculo-apego en una perspectiva

epigenética. Postula una secuencia de 4 procesos o configuraciones relacionales principales denominadas:

- < Apego-protección
- < Comunicación
- < Solución conjunta de los problemas
- < Mutualidad

Puede considerarse que estos procesos aclaran la dinámica propia de la edad, del vínculo y la desvinculación, así como también la individuación conexas y la coevolución de la familia dentro del ciclo de vida familiar e individual.

El vínculo puede provocar también una relación de fusión entre el niño y sus padres, la familia y el médico, la familia y el hospital.

TRIANGULACIÓN: Se refiere a la expansión de una relación de dos, agobiada por conflictos, con el fin de incluir a un tercero (hijo), lo cual da por resultado el “encubrimiento” o la “desactivación” del conflicto.

No es un fenómeno extraño observar que las crisis de asma sobrevienen posteriormente a un estado de conflicto en el ambiente, logrando llevar la atención hacia la crisis asmática disminuyendo a su vez la tensión en el conflicto inicial. Por ejemplo: cuando existe un conflicto conyugal el hijo presenta una crisis de asma concentrando la atención en ella y relajando las relaciones entre los padres o cuando el niño se va a enfrentar a una situación que provoca stress y sobreviene la crisis de asma frente a este proceso ansioso, logrando una evitación”.³

PASAJE DE RITO.

Las personas cuando enfrentamos cambios de cualquier magnitud o contenido, realizamos una serie de actos y ritos que tienen como fin organizar tanto lo conocido

como lo desconocido. Acudimos a nuestras creencias, pensamientos o inclusive mitos para que sean marcos de referencia conceptual o intelectual. A este ejercicio de adaptación o proceso, se lo ha llamado Pasaje de Rito.

En las familias, en los ambientes laborales, en cualquier circunstancia de transición hacemos pasajes de rito. Las familias al atravesar de una etapa a otra en el ciclo vital realizan acciones para lograr esta adaptación o inclusive para negarla. De igual manera podemos hacerlo frente a los duelos, a las pérdidas ya sea de la vida de un ser querido así como también a la pérdida de la salud en un hijo. Podríamos usar la metáfora de “un puente” para escenificar lo que se requiere para pasar al “otro lado”.

Ha llamado la atención observar que en los niños con asma y en sus familias, a medida que conocen las crisis y su manejo, desarrollan ritos y rituales que les permite sobrellevar la tensión emocional. No solo que conocen lo que está ocurriendo o podría ocurrir, sino que pueden adelantarse.

A través de la observación directa de los pacientes, así como los casos descritos por Salvador Minuchin en sus varios textos de Terapia Familiar, podemos reconocer que en el niño asmático, y de manera general en las reacciones psicósomáticas, se establecen una serie de ritos y rituales en las crisis que sobrevienen. Estos cumplen varias funciones como son las de prevenir y pronosticar la gravedad de una crisis, atenuar síntomas o desarrollar un sentido de control frente a los sentimientos de ser indefenso o impotente frente al estado mórbido. En el libro de Desoy Etienne (Bélgica): “Ritos de pasaje y Psicoterapia. Cómo movilizar el tiempo suspendido”, se propone la hipótesis de que en el pasaje de una etapa a otra de la vida se desarrollan ritos que no necesariamente fomentan un cambio y que por lo contrario

podrían sostener procesos arcaicos que una vez sirvieron para re-equilibrar una crisis.

En el caso del asma, propongo a su consideración el siguiente análisis interpretativo: Los ritos y rituales que el paciente y la familia desarrollan sirven para hacer su pasaje o paso de un estado de salud a uno de enfermedad.

A menudo los problemas se suscitan cuando se ha producido un estancamiento en el desarrollo tanto corporal como relacional, con un tiempo suspendido. La sobreprotección, dependencia, rigidez, amalgamamiento y la evitación de conflictos presentes en la dinámica familiar de un niño con estados patológicos crónicos toman forma y presencia a través de los ritos que el niño y la familia desarrollan frente a las crisis.

Existen dos estados antagónicos que son el cuerpo sano con sus ritos y rituales, expresión de sus creencias, ética y el ambiente, y el cuerpo enfermo, también con sus propios ritos y rituales (ejemplo: los fenómenos vividos en las hospitalizaciones que son sistemáticos y repetitivos). El cuerpo, con un funcionamiento sistémico se encuentra en una constante búsqueda de adaptación.

Un niño inicia sus crisis de asma. El paso de la vivencia de un cuerpo funcional a un cuerpo disfuncional, exige de él una serie de adaptaciones. Repite aquellos actos o conductas que en experiencias previas le permitieron sobrellevar la crisis. Los ritos que realiza con un cuerpo funcional no se pueden cumplir (no puede jugar, moverse, se interrumpen sus rutinas), debe hacer un ejercicio de cambio de rituales, con su amplio espectro de creencias, su ambiente debe cambiar para adaptarse a este estado. Se hace un pasaje de transición. Los procesos son de adaptación constante. Si estos favorecen un nuevo equilibrio serán repetidos en posteriores experiencias, de modo que se

convierten en referentes. Se estructuran nuevas creencias, ética y el ambiente empieza a funcionar en virtud de un re-equilibramiento.

Al demandar ayuda de la Psicoterapia se debe considerar las características de capacidad del paciente para hacer este pasaje o paso con recursos propios que le permitan cierto control. Es indispensable que el Psicólogo realice una connotación o reconocimiento positivo de estos recursos. No se debe criticar ni rechazar los ritos que le fueron útiles al paciente en un momento determinado.

La meta sería que tanto el paciente como la familia y el médico puedan conocer sus funciones y habilidades.

LA FAMILIA FUNCIONAL

“Virginia Satir, (1964,) Psicoterapeuta familiar que ha realizado grandes aportes a esta especialización, partiendo de la observación de los modelos de comunicación característicos de las familias disfuncionales, formuló varias reglas de comunicación que, a su juicio, garantizarán la funcionalidad de la familia:

- 1) Las transacciones (relaciones) que son iniciadas también son terminadas.
- 2) Las preguntas se formulan con claridad y se responden con claridad.
- 3) La hostilidad y el conflicto son reconocidos e interpretados.
- 4) Los miembros de la familia tienen conciencia de sí mismos y de cómo son percibidos por los demás.
- 5) Cada miembro es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás y de comunicar las esperanzas, temores y expectativas que tienen con respecto a las partes interactuantes.

- 6) Se admite la diferencia de opiniones.
- 7) Los miembros de la familia son capaces de elegir entre varias alternativas de conducta. Cada uno de los miembros de la familia tiene capacidad para aprender de la experiencia y rechazar modelos obsoletos.
- 8) Los mensajes que los miembros de la familia se envían mutuamente son enunciados con claridad y la conducta correspondiente es coherente con el mensaje. Existe una diferencia mínima entre los sentimientos manifestados y los mensajes comunicados. En consecuencia, se envía la menor cantidad posible de mensajes encubiertos.

Este estilo de comunicación funcional, que presenta aptitudes para resolver problemas, capacidad para la internalización y equilibrio entre la proximidad y la distancia, hace posible la individuación conexa.

En varios estudios se demuestra que las familias funcionales presentan una organización jerárquica clara con fronteras generacionales inequívocas pero no impermeables. En las familias disfuncionales se observa con regularidad un desdibujamiento de las fronteras generacionales (ejemplo: los abuelos hacen de padres), la suspensión de la organización jerárquica y la formación de una triangulación patológica. Por último, es característico de las familias funcionales que sean capaces de superar problemas sobre la justicia familiar y el equilibrio del registro familiar de méritos familiar de una manera que permita lograr una mutualidad positiva (véase Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973).

En síntesis, Beavers (1977), presenta varios atributos que caracterizan a la familia funcional:

- 1) Un sistema común de valores que pueden ser religiosos en el sentido tradicional, pero no necesariamente.

- 2) Una preocupación recíproca, una inversión en el bienestar de cada miembro, el ensalzamiento y no la desvalorización mutua, pero sin privarse de la capacidad de trazar límites y afirmar la independencia individual.
- 3) Una amplia gama de sentimientos, como, por ejemplo, la ternura, la alegría, el dolor, la hostilidad, etc., que permite que afloren el conflicto, la confrontación, la disputa. Es decir, la clase de interacción que tiende a clarificar la atmósfera y generar soluciones.
- 4) La voluntad de confiar, de creer que las personas dentro y fuera de la familia en general tienen buenas intenciones y no son hostiles y tendientes al rechazo.
- 5) La oportunidad de dialogar, que permite que cada uno sintonice con lo que el otro está sintiendo y, no obstante, mantenga y manifieste su propia⁴ posición: un diálogo en el que se procura la imparcialidad, la justicia y la reconciliación.”⁵

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

El tratamiento tiene una atención transdisciplinaria (que atraviesa todos los sistemas relacionados con el niño) porque es multicausal y requiere de un apoyo en equipo: profesionales de la salud, ambientes sociales y educativos, la familia, el niño y su cuerpo, y de manera general conciencias sociales sobre esta patología.

El control de las crisis, así como la aceptación e integración de las condiciones del asma a una vida equilibrada y armoniosa en el niño, no depende únicamente del uso correcto de medicamentos, del sostén efectivo de los médicos, de las condiciones de atención emergente, del control de elementos alérgicos en el ambiente, sino también del control del ambiente emocional y la reactividad del niño y la familia.

Podríamos interpretar esta aseveración como un sistema funcional que integra a sus componentes con un fin común: el bienestar y seguridad del niño. Un protagonista que crece hasta convertirse en un ser en control de sí mismo. Control no significa dominio, sino respuesta oportuna.

Los niveles de intervención psicológica se dan en varios momentos. Una primera intervención se produce al dar el diagnóstico de asma. La modalidad de facilitador terapéutico o psicólogo de enlace puede definir la demanda de atención. En esta intervención, es el médico quien la solicita y se cumple con el objetivo de proveer información, conocimiento.

Otro nivel de intervención es aquella en que se asiste al niño y a la familia a enfrentar las crisis y controlarlas buscando desarrollar recursos cognoscitivos y estrategias relacionales y conductuales.

Es necesario también intervenir para acompañar y permitir a la familia y al niño desarrollar condiciones de vida que garanticen una normalidad y armonía en sus relaciones, conductas y actitudes. Evitar el uso de la enfermedad con beneficios secundarios o de tercer orden.

Existen momentos de especial tensión emocional: así cuando los niños se encuentra en condiciones críticas, la intervención podría realizarse conjuntamente con el personal médico y el objetivo sería el de dar apoyo sostenido a la familia y acompañamiento en las situaciones de mayor angustia.

Cualquiera que sea el momento de la intervención, debemos estar preparados para reconocer las reacciones emocionales, a contextualizarlas (identificar los antecedentes y circunstancias pasadas, presentes e implicaciones futuras de las conductas observadas).

Ante los fenómenos emocionales descritos tanto individualmente como en la familia, es muy frecuente encontrarnos ante personalidades caracterizadas por un alto nivel de inestabilidad emocional de tipo neurótico, hipersensibilidad emocional, ansiedad y depresión, así como una tendencia hacia la introversión. También es manifiesto el déficit de la capacidad de simbolización que tiene como consecuencia la dificultad para la expresión verbal de los sentimientos. (Conclusiones a que se llega en el estudio realizado por R. Retamales Rojas. 8)

De igual manera podemos observar en las familias la tendencia a la fusión, ("la familia con un miembro asmático puede funcionar como una masa indiferenciada"⁶) la dependencia, conflictos en roles y fronteras, y relaciones caóticas.

Existen varias técnicas de intervención psicológica. La Terapia Cognitiva, Racional Explicativa, que constituye la información sobre la etiología, tratamiento, pronóstico y los diversos grados en que los protagonistas participaran en el tratamiento. Se aclaran los mitos y falsas creencias respecto a la enfermedad y la liberación de sentimientos de culpa si los hubiera. Esta técnica puede ser utilizada en una primera intervención ya sea por un psicólogo de enlace o facilitador terapéutico.

Se emplean también técnicas de Modificación Conductual que llevan a un mejor manejo de la situación en la crisis y en la vida diaria. Se emplean técnicas para adiestrar en relajación muscular y sugestioterapia para reducir los niveles de ansiedad tanto en el niño como en los padres.

Es fundamental insistir en que el niño debe desarrollar herramientas y una actitud que le permita sentir que tiene control de los accesos de asma, en algún grado, por lo tanto

se debe trabajar mucho en la ORIENTACIÓN MOTIVACIONAL así como en técnicas de ASERTIVIDAD que incrementen su autoconfianza y una adecuada autoestima.

En lo relacionado con la intervención familiar, el terapeuta debe tener en mente que su intervención en el sistema familiar es la de coparticipar. El psicoterapeuta ha de “instrumentar esta coparticipación para convertirse en agente de cambio. El terapeuta cambia perspectivas (encuadre) y señala a la familia sus disfunciones. El terapeuta libera del síntoma al portador, disminuye la tensión familiar con lo que aprenden a superar las dificultades. El terapeuta hace saber a la familia que los comprende, trabaja con ellos y para ellos.”⁷

El terapeuta también es un investigador que reúne información, la que pondrá al servicio de la familia. La información que registra tiene que ver con las características de la familia, tanto nuclear como transgeneracionalmente que pueden estar determinadas reacciones, las características del ciclo vital en que sobreviene el diagnóstico de una enfermedad crónica, la ubicación del niño en la familia y la honda de choque emocional que se ha generado a partir del diagnóstico.

La referencia al psicólogo podría sugerir al paciente y a su familia que no lo están haciendo bien y que están actuando erráticamente o sin recursos emocionales adecuados, que están sobredimensionando los síntomas o que sus síntomas están “solo en su cabeza”. El médico debe aclarar que el objetivo de la interconsulta al psicoterapeuta es el de que éste permita una comprensión de la conexión entre su soma y su psiquis, que ellos puedan desarrollar control sobre su cuerpo y sobre las condiciones ambientales y relacionales que se generen y que se constituya en un referente que reconozca, motive y dé seguridad de lo que la familia y el niño están realizando (connotación positiva).

BIBLIOGRAFÍA

ADLER "The Practice and Theory of Individual Psychology" en NOSHPITZ J: Basic Handbook of Child Psychiatry, Vol. 11 (New York Basic Books. Inc 1979) p 344

Factores psicológicos del asma bronquial. Rev. Cubana Med. 1996; 35(1). <http://bvs.cu/revistas/med/vol35-1-196/med01196.htm>

Hernández G. Eduardo R. Dr. Aspectos psicológicos en el Asma Infantil, MÉDICO-PEDIATRA Y PSICOTERAPEUTA CONDUCTUAL INFANTIL www.tupediatra.com/mnyy/adaptación-conductas/mnyy29.htm (Para ampliación de investigaciones realizadas, sugiero leer los estudios realizados por la Unidad de Alergia del Hospital Universitario de la Princesa. Madrid, España. R. Retamales Rojas. <http://www.psicopatologia.hpg.ig.com.br/alergicos.htm>

Retamales Rojas, R. Departamento de Especialidades Médicas. Facultad de Medicina -Universidad de Alcalá de Henares, Madrid-España.

SALVADOR MINUCHIN, H. Charles Fishman. Técnicas de Terapia Familiar. Ediciones Paidós Barcelona

Simon, F. B.; H. Stierlin y L. C. Wynne. Vocabulario de Terapia Familiar, Editorial Gedisa Barcelona España 1993.

Yves Halles, Jean Bélgica 1987, Coloquio de Cret Berard (SUIZA). Respeto al niño en su cuerpo.

NOTAS:

¹ (Jean Yves Halles Bélgica 1987, Coloquio de Cret Berard (SUIZA). Respeto al niño en su cuerpo)

² ADLER "The Practice and Theory of Individual Psychology" en NOSHPITZ J: Basic Handbook of Child Psychiatry, Vol. 11 (New York Basic Books. Inc 1979) p 344

³ Vocabulario de Terapia Familiar, F. B. Simon, H. Stierlin y L. C. Wynne. Editorial Gedisa Barcelona España 1993.

⁴ R. Retamales Rojas. Departamento de Especialidades Médicas. Facultad de Medicina –Universidad de Alcalá de Henares, Madrid-España.

⁵ Vocabulario de Terapia Familiar, F. B. Simon, H. Stierlin y L. C. Wynne. Editorial Gedisa Barcelona España 1993.

⁶ Vocabulario de Terapia Familiar. F. B. Simon, H. Stierlin y L. C. Wynne. Editorial Gedisa. Barcelona –España. 1993. Página 225.

⁷ SALVADOR MINUCHIN, H. Charles Fishman. Técnicas de Terapia Familiar. Ediciones Paidós Barcelona-Buenos Aires. 1984.

“ADOLESCENTES SUICIDAS: UN ABORDAJE DESDE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA”

Gina Esmeralda Beltrán Baquerizo

Magíster en Terapia Familiar por la Universidad

Católica de Santiago de Guayaquil

Docente de Terapia Familiar de la Universidad Católica

Santiago de Guayaquil y de la Universidad Politécnica

Salesiana en Quito

RESUMEN

Este artículo es un resumen de la experiencia de investigación que desarrollamos mi colega Victoria Collahuazo y yo durante el año 2002 en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil, con familias que tienen un hijo adolescente que ha intentado suicidarse al menos por una ocasión.

En el marco teórico expuesto se hace especial hincapié en el reencuadre de la conducta suicida del adolescente en términos sistémicos, ya que permite poner de relieve los aspectos de causalidad circular del síntoma y organizar en hipótesis sistémicas toda la información que se tiene sobre la familia, de tal manera que guíen la evaluación y el abordaje terapéutico.

Mediante el uso del cuestionario de datos generales y la guía de observación de hipótesis sistémicas sobre modalidades de interacción familiar, creadas para la recolección de la información, se pudo comprobar que en el 86 % de la muestra prevalecen las tipologías familiares no nucleares: familias simultáneas, familias extensas y familias monoparentales; y que existen modalidades de interacción familiar recurrentes, siendo las que se presentan en más alto porcentaje el desligamiento y la adaptabilidad caótica.

Finalmente se propone que la terapia familiar sistémica es una modalidad de tratamiento que debe ser considerada en el enfoque interdisciplinario de atención a adolescentes con intentos de suicidio y sus familias.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud prevé que para la presente década el número de suicidios en el mundo, así como de los intentos de suicidio, será diez veces mayor que en los años noventa y, que por cada caso de suicidio consumado hay por lo menos nueve casos de intentos fallidos.

El intento de suicidio se define como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo de forma deliberada se inflinge un daño a sí mismo con intención de provocarse la muerte. Este hecho constituye una problemática de alta prevalencia con implicaciones médicas, psicológicas, sociológicas, culturales, que históricamente se ha tratado de explicar desde distintos modelos, tales como el psicoanalítico, el psiquiátrico, el sociológico y el sistémico.

Emile Durkheim condujo un estudio de suicidio en 1897, que es considerado clásico y referencial, y que ilustra ampliamente la perspectiva sociológica. Argumentó que el suicidio es más un fenómeno social que una tragedia personal y demostró que aun un acto privado como el suicidio está formado por fuerzas sociales: la relativa fuerza del orden social y el vínculo de los individuos con el grupo.

Desde la **perspectiva sistémica** se demuestra que la acción humana no obstante ser personal, es también interacción con otras personas y que no se puede comprender al individuo si se lo aísla de su contexto familiar y social. Entendido esto, la conducta suicida del adolescente, no existe independientemente de un contexto familiar definido que puede estar creando y perpetuando el problema en cuestión. Ya que la familia es el medio social del que surge el adolescente, es la fuente de sus relaciones más duraderas y su primer sustento económico. La familia a menudo es la

que tiene más recursos con los cuales producir cambios, y estos son los que más le afectan al adolescente, pues este es sumamente vulnerable a los mismos. Además de verse fuertemente afectado por el contexto familiar, a su vez afecta el contexto del que forma parte. Charles Fishman plantea que las dificultades de la familia constituyen el factor más importante en cuanto al suicidio adolescente.

Pero, ¿qué puede ser tan desesperante e intolerante como para llegar a la autoeliminación, cuando apenas si se empieza a vivir? En recientes estudios locales los problemas familiares ocupan el porcentaje más alto dentro de los factores del comportamiento suicida en adolescentes. Entre estos problemas familiares se indican: hogar desestructurado, violencia intrafamiliar, problemas económicos en la familia, familias disfuncionales y, padre, madre y/o pareja consumidores de sustancias psicoactivas.

El presente trabajo pretende abordar la problemática del suicidio en adolescentes desde el paradigma sistémico de terapia familiar, en el marco de un enfoque interdisciplinario en una institución de salud mental. Desde este abordaje sistémico los o las terapeutas y la familia conforman un sistema denominado “sistema terapéutico”, como lo dice Whitaker (1991) “si la psicoterapia ha de ser realmente un encuentro entre seres humanos, requiere un terapeuta que mantenga la capacidad de ser persona”, por esto en el quehacer con adolescentes que han intentado suicidarse ha de revisarse también el posicionamiento frente a dicha conducta sintomática ¿cómo nos movilizó en lo personal? para equilibrar nuestro apoyo emocional, clínico y social indispensable cuando enfrentamos a familiares muy angustiados y/o bloqueados.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Identificar y describir la estructura y modalidades de interacción familiar en los adolescentes con intentos de suicidio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Clasificar por su estructura a las familias de los adolescentes con intentos de suicidio.
- 2) Establecer la relación del tipo de familia con el surgimiento de intentos de suicidio.
- 3) Identificar, analizar y establecer las modalidades de interacción familiar recurrentes.
- 4) Detectar las modalidades de interacción familiar recurrentes.

MÉTODOS UTILIZADOS

- < Análisis univariado y descriptivo de variables obtenidas en el cuestionario de datos generales.
- < Método cualitativo: observación estructurada, que guía la evaluación familiar y la confirmación o negación de las hipótesis sistémicas relacionadas con las modalidades de interacción familiar.

UNIVERSO, MUESTRA

El Universo de estudio está constituido por los pacientes que presentaron intento de suicidio y demandaron consulta en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil.

Tomamos la muestra entre aquellos adolescentes que presentaron al menos un intento de suicidio, registrado en su respectiva historia clínica y que no exhibieron un cuadro de psicosis aguda, durante el año 2002. Se trata por tanto de una muestra intencional.

Se encontró un total de 22 casos con las características mencionadas, que constituyeron el total de la muestra. Cabe dejar constancia que esta se redujo a nueve casos, que fueron los que acudieron a terapia familiar.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Para ello elaboramos instrumentos que nos permitieron volver operativas las variables de intentos de suicidio, familias con estructura de tipo no nuclear y modalidades de interacción familiar (triángulo perverso, desligamiento, adaptabilidad caótica, comunicación disfuncional).

Cuestionario de datos generales

Se elaboró expresamente para esta investigación. Constó de preguntas cerradas y abiertas. Permitió recoger la información de las historias clínicas de los pacientes, en primer lugar con el objeto de volver operativas las variables de estructura familiar y de intento de suicidio, y en segundo lugar nos permitió obtener datos complementarios e

importantes para el trabajo terapéutico que si bien no son objetivo de esta investigación si constituyen parte del mandato institucional y ético, de allí que dichos datos no sean recogidos en el análisis.

Entrevistas estructuradas de Terapia familiar:

Sirvieron para realizar la observación de las variables de modalidades de interacción familiar. Se siguió el modelo de sesión de la terapia familiar estructural, que incluye:

- a) **PRE-SESIÓN**, en la que planificamos el desarrollo de la sesión propiamente dicha. Incluye la elaboración de hipótesis sistémicas sobre las modalidades de interacción familiar, que se van a confirmar o negar en el curso de la sesión propiamente dicha. Para este estudio nos planteamos las ya mencionadas: triangulación perversa, desligamiento, adaptabilidad caótica y comunicación disfuncional, que las sistematizamos en la guía de observación denominada “guía de observación de las hipótesis sistémicas sobre las modalidades de interacción familiar”.
- b) **SESIÓN PROPIAMENTE DICHA**, para la observación y comprobación de la o las hipótesis sistémicas establecidas en la pre-sesión, es decir para utilizar nuestra “guía de observación de las hipótesis sistémicas sobre las modalidades de interacción familiar”.
- c) **POST-SESIÓN**, la información recabada nos permitió:
 - ⊙ establecer los objetivos procedimentales para las siguientes sesiones

- ⊙ determinar la aplicabilidad de técnicas y procedimientos de terapia familiar sistémica.

Guía de Observación de las hipótesis sistémicas sobre las modalidades de interacción familiar

Se diseñó para esta tesis con la finalidad de observar durante el curso de cada una de las entrevistas o sesiones familiares las hipótesis sistémicas, preestablecidas ya, sobre las modalidades de interacción familiar y se realizó la aplicación de la misma durante el desarrollo de la sesión propiamente dicha. Para cada hipótesis sistémica sobre las modalidades de interacción familiar se estableció la ocurrencia (aparece o no), frecuencia (cuantas veces), e intensidad (la fuerza con que aparece en un momento dado, en una escala de 1 a 3, siendo 1 = poco intenso, 2 = medianamente intenso, 3 = muy intenso). Así por ejemplo al observar las interacciones familiares entre todos los miembros participantes en cada sesión, siguiendo nuestra guía, observamos si en determinada interacción entre papá, mamá y P.I. aparecía la triangulación perversa, si esta aparecía nos fijábamos si se repetía durante el curso de la sesión para establecer cuántas veces se repetía y con qué intensidad aparecía. Una de nosotras se encargaba de ir registrando por escrito, y así sucesivamente se hacía con las siguientes hipótesis sistémicas de desligamiento, adaptabilidad caótica y comunicación disfuncional.

Con toda la información recopilada elaboramos nuestra base de datos y guiadas por los objetivos de investigación procedimos a clasificarla en tres grandes categorías:

El análisis de las dos primeras categorías es de tipo estadístico univariado que incluye tablas de distribuciones de frecuencias y medidas de tendencia central, específicamente la media y la moda, y gráficos de barras.

El análisis cualitativo de tipo hipotético deductivo lo utilizamos en la última categoría. Para la presentación de resultados utilizamos tablas y textos narrativos. Para establecer la relación entre variables comparamos y cotejamos los datos en diagramas, logrando así la deducción de asociaciones.

Un último punto de análisis vino dado por la reducción de la muestra seleccionada de 22 a 9 casos, y estuvo orientado por el examen de una cadena lógica de pruebas que permitieron realizar asociaciones entre los ítems del cuestionario de datos generales: derivación a terapia familiar, área de derivación, médico tratante y observaciones.

Para la deducción y verificación de las conclusiones se procedió a:

- < Cotejar el orden de los datos en relación con los objetivos y preguntas de la investigación.
- < Visualizar las relaciones o asociaciones entre variables, estableciendo la triangulación de fuentes, y cuestionándonos permanentemente por los valores de nuestros resultados y acerca de otras variables que pudieron influenciar.

En cuanto a las estrategias para validar nuestras conclusiones utilizamos:

- < La comparación y cotejamiento de los datos.
- < Verificación cruzada de datos con pruebas de otras fuentes independientes.

Criterios éticos:

- < Respeto a la confidencialidad.
- < Consentimiento explícito para la observación e investigación por parte de la institución y las familias de la muestra de estudio.

- ⟨ El trabajo terapéutico con la familia hasta terminar el proceso.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TIPOLOGÍAS FAMILIARES

En la muestra estudiada observamos los siguientes tipos de familias de estructuras no nucleares: las familias simultáneas, las familias monoparentales y las familias extensas que suman el 86.4 % de la muestra, frente al 13.6 % de familias nucleares tradicionales. Esto concuerda con lo planteado por Ángela María Quintero en su conferencia Escenarios contemporáneos de la familia “en esta época de transición secular coexisten lo tradicional con lo moderno, lo clásico con lo emergente, esto es organizaciones y estructuras familiares tradicionales, con nuevas propuestas de funcionamiento familiar, individual y social”. En el último Censo de Población y Vivienda realizado en el país en el año 2001, se constató el aumento creciente de los hogares con jefatura femenina y un 4.24 % de separados y divorciados. Nuestros hallazgos reflejan un alto porcentaje de **familias simultáneas**, esto es familias de “segundos compromisos” en los que la madre ó el padre vienen de una relación disuelta por separación en la mayoría de casos, con hijos de las uniones anteriores y mutuos. Esto les exige a todos los miembros vivir procesos simultáneos tanto en los ciclos evolutivos familiares e individuales como en la pertenencia a la familia original y la nueva familia, lo cual implica adaptar su funcionamiento a una realidad diferente a la de otras familias, pues se añaden tareas extras; además la jerarquía, los roles y los límites se ven afectados, en esta transición los hijos, subsistema al que se pertenece el P.I. en ciclo vital adolescente; experimentan mucha confusión, aflicción,

conflicto de lealtades y un cierto nivel de caos. En dos familias (# 3 y # 14) se encuentran antecedentes de violencia, en un caso (# 4) abuso sexual y maltrato físico, en otro caso (# 9) intento de abuso sexual. Las **familias extensas** ocupan también un porcentaje importante en la muestra estudiada. Se caracterizan por la convivencia de tres generaciones: abuelos, padres, nietos y otros familiares consanguíneos o no colaterales. Esta composición familiar se da por emigración de miembros en dos casos (# 11 y #15), y por separación de cónyuges en el resto. Por supuesto también requiere el cumplimiento de tareas extras frente a dicha realidad, para el joven implica el adaptarse a un nuevo sistema familiar, para el sistema implica acoger a este miembro en una etapa evolutiva individual que demanda mucha energía, frente a un ciclo evolutivo de senectud en algunos casos. En las **familias monoparentales**, que ocupan un porcentaje menor, se observa que la composición familiar es de jefatura femenina por muerte de los padres en ambos casos (# 5 y # 8). El énfasis aquí viene dado por la pérdida de un miembro importante de la familia y por los sentimientos frente a ello y un probable sobreinvolucramiento madre-hijos. Finalmente en las **familias nucleares**, también con un porcentaje menor en la muestra estudiada, tenemos una (# 19) en un ciclo evolutivo familiar inicial, en la que P.I. aún es una adolescente y enfrenta prematuramente la tarea de la maternidad y dos familias (# 6 y # 22) en ciclo vital familiar intermedio y de nido vacío e intermedio en la que se requiere por parte de los padres una creciente flexibilidad para permitir la autonomía de los hijos, y un replanteamiento de roles y relaciones en la pareja. Ver Cuadro 1

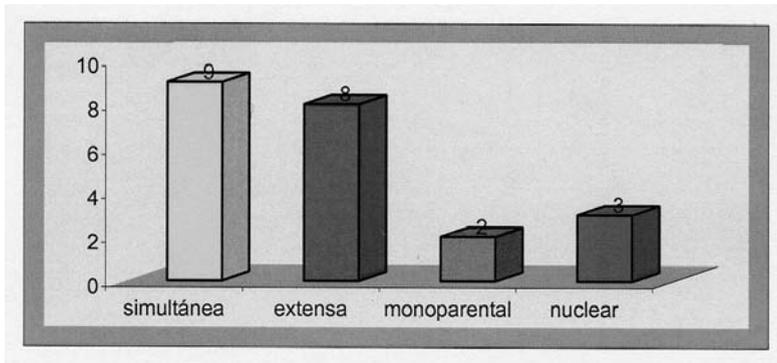


Gráfico 1: Tipologías familiares de la muestra de estudio

MODALIDADES DE INTERACCIÓN FAMILIAR

Cuando nos planteamos el cuestionamiento sobre la relación que existe entre estos tipos de estructura familiar y el surgimiento de conducta suicida, observamos que existe una asociación entre ambas variables, que viene dada por la modalidad de interacción, así en las cuatro hipótesis sistémicas que observamos, el desligamiento y la adaptabilidad caótica tienen el más alto porcentaje de presentación, en comparación con el triángulo perverso y la comunicación disfuncional que alcanzan bajos porcentajes.

1. DESLIGAMIENTO

El desligamiento, presente en familias extensas, simultáneas, monoparental y nuclear. Como ya expresamos, es la hipótesis sistémica con el más alto porcentaje de recurrencia, se observa que en esta modalidad de interacción el sistema familiar si bien puede presentar unos límites más bien difusos en la mayoría de los casos, los ítems de lazos emocionales, tiempo y espacio compartido entre miembros de la familia, independencia entre miembros, relaciones con

amigos, espacios de recreación, están ausentes, por lo queda establecido una carencia de proximidad. Esto coincide con el estudio ya citado de Osornio Leticia, (2001). Nosotras consideramos que esto tiene que ver con las tareas que las familias deben enfrentar tanto cuando hay un cambio transicional en un ciclo evolutivo, en este caso la adolescencia, como cuando hay otros estresores particulares, que en el caso de las familias simultáneas vienen dados por la renegociación de las relaciones, resolver conflictos respecto a las lealtades de los hijos con respecto a sus progenitores y a la pertenencia a su familia original y la nueva, establecer jerarquías, asumir nuevos roles, procesos evolutivos simultáneos, necesidad de seguridad y afecto y los complejos problemas de relaciones que se suscitan entre madre y padre, madrastra y / o padrastro, hijastros y nuevos hermanos. La conducta sintomática, esto es el intento de suicidio, se convierte en una vía extrema para la expresión de sentimientos y necesidades emergentes en el joven, quien se constituye en el “chivo emisario” para “llamar a la cohesión familiar”. Ver gráfico 2.



Gráfico 2: Desligamiento

2. ADAPTABILIDAD CAÓTICA

La adaptabilidad caótica, con sus ítems de morfofostasis en la estructura de poder, en los estilos de negociación y resolución de conflictos, en un alto porcentaje, está presente en familias extensas, monoparentales, nucleares y simultáneas. Este proceso coincide con lo propuesto por Fishman Charles (1995) y Santos Bárbara (1997.) Retomando el planteamiento que iniciamos en la hipótesis de desligamiento consideramos que hay dos tipos de crisis que las familias deben enfrentar, por un lado, el ciclo vital adolescente que para el P.I. implica iniciar su proceso de adquisición de identidad y diferenciación, así como la búsqueda de su autonomía personal y para el sistema familiar subsecuentemente dado que se trata desde la perspectiva sistémica de una coindividuación o individuación conexa, y por otro lado, con crisis paranormativas que en la muestra estudiada, con alto porcentaje de familias simultáneas y extensas, se constatan; tales son: antecedente de abuso sexual y violación, violencia y emigración. Frente a dichas crisis estas familias responden con morfofostasis, es decir no cambian, mantienen una homeostasis y es aquí donde surge el síntoma, de modo tal que los miembros de la familia no pueden satisfacer las necesidades de su propio desarrollo. Así el intento de suicidio se constituye en una tentativa desesperada de producir un cambio y romper así la homeostasis familiar. Ver gráfico 3



Gráfico 3: Adaptabilidad Caótica

TRIÁNGULO PERVERSO

El Triángulo perverso está presente en un menor número de casos, quienes participan en dicha modalidad de interacción son padre, madre e hija, que resulta ser la paciente identificada que ha intentado suicidarse. Se observa que esta se une a la madre en coalición contra el padre. Se evidencia que esta modalidad de interacción está presente en una familia nuclear y dos familias simultáneas, y ausentes en familias extensas y monoparentales. Esto coincide con los resultados encontrados por Beltrán Gina (2002) quien plantea que se evidencia que este fenómeno de la triangulación está ausente en las familias extensas y monoparentales. En las familias extensas los problemas básicos a enfrentar, están referidos a la adjudicación del rol parental, y de todas las tareas que este demanda, por parte del subsistema abuelos. Esto cuando en estas familias los padres están ausentes. Y por otro lado, cuando los padres están presentes, se da una lucha de poder entre éstos y los abuelos por obtener la jerarquía, lo que moviliza la cohesión entre los miembros de la pareja parental. En referencia a las familias monoparentales, su misma constitución jerárquica unipersonal, elimina la posibilidad de un proceso de triangulación, siendo más bien evidente un proceso diádico de sobreinvolucramiento entre la figura parental (por lo general la madre) y el P.I., lo que va en detrimento del proceso de adquisición de la identidad y diferenciación del adolescente. Otro hallazgo a constatar es que en las familias en que aparece el triángulo perverso hay conflictos conyugales. El intento de suicidio tiene como función desviar dicho conflicto conyugal, lograr la centralización a través de la conducta sintomática, de tal manera que los padres armonicen su discordia, y se unan para enfrentar tal situación. Ver gráfico 4

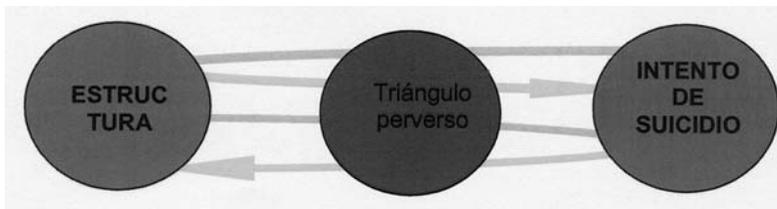


Gráfico 4: Triángulo perverso

COMUNICACIÓN DISFUNCIONAL

La comunicación disfuncional, es la modalidad de interacción presente en el menor número de casos. De los ítems evaluados hay una total ausencia de doble vínculo, como está demostrado; este es característico de familias con patrones sicóticos o esquizofrénicos. Los ítems que prevalecen son los de comunicación enmascarada y rechazo, mientras que en un menor grado está la paradoja. En los casos observados confirmamos que la expresión de sentimientos tristes, así como otras necesidades y preferencias, no se comparten, se enmascaran o se rechazan. Santos Bárbara y otros (1997), refieren hallazgos de disfuncionalidad en la comunicación familiar. Nos atrevemos a afirmar que la conducta sintomática del P.I. busca expresar su malestar para que la familia pueda tener un mayor intercambio comunicacional, rompiendo patrones estereotipados. Ver gráfico 5

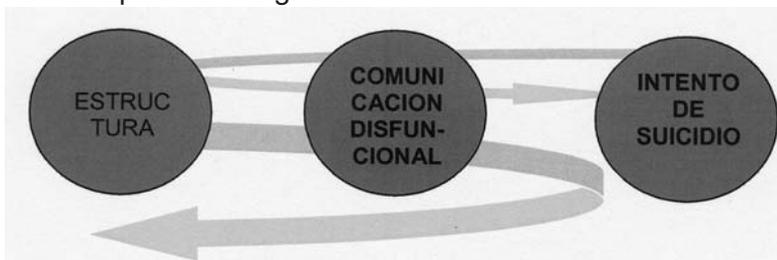


Gráfico 5: Comunicación disfuncional

REDUCCIÓN DE LA MUESTRA

Un punto que merece analizarse es la reducción de la muestra de veintidós a nueve casos, que fueron los que realizaron el proceso terapéutico. Nosotras relacionamos esto, en primer lugar con el ítem de derivación a terapia familiar, puesto que como ya observamos (Tabla # 6) no todas las familias fueron derivadas a terapia familiar por cada uno de los médicos tratantes del P.I.; a nuestra consulta de terapia familiar se remitieron solo 15 casos del total, en segundo lugar de estos 15 derivados solo 9 continuaron en terapia familiar. Relacionamos esto con los ítems: área de derivación, médico tratante y observaciones, y nos interrogamos sobre la asociación que hay. Creemos que las siguientes reflexiones podrían orientar, teniendo presente que dados los objetivos que tenemos, esto correspondería a un nuevo estudio:

Quien deriva en un alto porcentaje de familias con proceso es la Dra. S, con quien hemos evidenciado positivamente que el flujo de retroalimentación es más amplio. Esta médico maneja elementos de la teoría sistémica y considera el tratamiento multimodal de fundamental importancia en el tratamiento de sus pacientes. Las familias de pacientes que se encontraban hospitalizados tienen también un alto porcentaje, y esto es facilitador para el contacto con dichas familias, que como hemos constatado, se encuentran en niveles más altos de angustia y con una mayor cooperatividad para el tratamiento. Cuando analizamos el ítem de observaciones de antecedentes en el cuestionario de datos generales (tabla # 7) vimos que solo dos casos (uno y dieciséis) registraron un proceso terapéutico. A cada uno le corresponde respectivamente antecedentes de abuso sexual y violencia, y antecedentes de abuso y acoso sexual por parte de dos tíos, mientras que en los casos restantes que también registran antecedentes tales como violencia, abuso sexual, violación y emigración

corresponden precisamente a los siete casos no remitidos a terapia familiar. Nos interrogamos sobre ¿cómo se posiciona aquí el profesional que contactó inicialmente el caso? Y en general ¿cómo nos posicionamos los profesionales frente a tal realidad?. Puesto que dichas observaciones de antecedentes ya mencionados son fenómenos que en nuestro país se manifiestan cada vez más, requieren la intervención en todos los niveles, incluidas políticas estatales de protección.

La conducta sintomática en una familia, en este caso el intento de suicidio, significa una información que es necesario vincular a la situación personal, familiar, situacional y social, partiendo del paradigma sistémico de causalidad circular.

CONCLUSIONES

1. La familia ecuatoriana está en transición tanto en lo estructural como en lo funcional. Estas mutaciones la disponen para asumir los retos y contradicciones del presente milenio: la globalización y la sociedad de la información. Esta última presenta características que subsisten sobre la base de dos fenómenos, dependientes entre sí, la explosión de la información en crecimiento indefinido y el surgimiento de nuevas tecnologías de la información.
2. La familia ecuatoriana está expuesta a múltiples estresores, que están asociados con el momento socio-económico-político del país, entre los cuales llaman la atención los relativos a la migración, violencia, abuso sexual. Los mismos añaden tareas adicionales en lo que respecta a la función psicosocial que cumple la familia.

3. La existencia de nuevas y diferentes tipologías familiares debe de considerarse sin prejuicios, de tal manera que se puedan encontrar y desarrollar elementos positivos inherentes a esta.
4. Un reencuadre de la conducta suicida del adolescente en términos sistémicos permite poner de relieve los aspectos de causalidad circular del síntoma y organizar en hipótesis sistémicas toda la información que se tiene sobre una familia de tal manera que quien la evaluación y el abordaje terapéutico.
5. Para la intervención en terapia familiar la derivación es una etapa clave, de allí que la retroalimentación entre los profesionales del equipo interdisciplinario es pilar fundamental. Cuando en la derivación se parte de que la familia está dañada, esto de alguna manera la culpabiliza, y si más bien se la estimula a contribuir a la mejoría, esta se siente atendida en su necesidad.
6. Las familias en crisis con un alto nivel de angustia son las que suelen tener más actitudes colaborativas respecto al tratamiento familiar.
7. Se comprueban las hipótesis, puesto que en el 86 % de la muestra prevalecen las tipologías familiares no nucleares: familias simultáneas, familias extensas y familias monoparentales y, a que existen modalidades de interacción familiar recurrentes, siendo las que se presentan en más alto porcentaje el desligamiento y la adaptabilidad caótica. Esta carencia de proximidad y la morfostasis, respectivamente, en las familias estudiadas nos permiten constatar la relación existente entre las variables tipología familiar e intento de suicidio, ya que el surgimiento del intento de suicidio se convierte en una vía extrema para la expresión de sentimientos y necesidades emergentes en el joven, quien se constituye en el “chivo emisario” para “llamar

a la cohesión familiar” y como tentativa desesperada de producir un cambio y romper así la homeostasis familiar.

8. Los resultados de este trabajo pueden ser de utilidad en la sociedad ecuatoriana, dado el auge creciente de suicidios, para la elaboración de programas preventivos en poblaciones que podrían ser consideradas de alto riesgo (32 % de la población ecuatoriana está comprendida entre 5 y 19 años) y para nosotras mismas y los profesionales de la salud como presupuesto que oriente pautas metodológicas en el abordaje de evaluación y terapia de las familias con un miembro adolescente con intentos de suicidio. Consideramos que en esto puede ser útil nuestra guía de observación de las hipótesis sistémicas sobre modalidades de interacción familiar, desde luego sujeta a posteriores estudios de validación.
9. La presente investigación despliega nuevas interrogantes de estudio y además nos permite señalar la importancia del trabajo preventivo en familias.
10. La terapia familiar sistémica es una modalidad de tratamiento que debe ser considerada en el enfoque interdisciplinario de atención a adolescentes con intentos de suicidio, y sus familias.

NOTAS:

¹ Licenciada en Trabajo Social, Magíster en Terapia Familiar con mención en intervención sistémica por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, trabajadora social del Pabellón Infanto Juvenil del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de Guayaquil.

² Expresión utilizada para las uniones libres

BIBLIOGRAFÍA

Beltrán Gina, "Terapia familiar y trastorno disocial en adolescentes". Trabajo inédito aceptado para ingresar a la Sociedad Ecuatoriana de Psicoterapia. Guayaquil, Julio 2002.

Bertalanffy, Von Ludwig, Teoría general de los Sistemas, editorial Fondo de Cultura Económica, Bogotá, 1994.

Bronfenbrenner Urie. La Ecología del Desarrollo Humano. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1986.

Enciclopedia Encarta, Microsoft, 2001.

Fishman Charles, Tratamiento de adolescentes con problemas, Paidós, Barcelona, 1995.

González-Fortaleza Catalina González, Berenzon-Gorn Shoshana, Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes, Revista Salud Publica, México, 1998.

Haley Jay, Terapia para resolver problemas, Amorrortu editores, Argentina, 1996.

Landabaso Miguel Ángel, Artículo "Teoría general de sistemas", Diplomado de especialización en terapia familiar, Universidad de Deusto, Período 96-97. Bilbao.

Landau-Stanton, Duncan Stanton, El tratamiento de adolescentes suicidas y sus familias, Revista Sistemas familiares, Buenos Aires, Agosto 1998.

Lepton Leventon Eva, Como dirigir Psicodrama, Capítulo 7, Editorial Pax, México, 1990.

Manual de Educación en Género, Módulo 2, CEIME, Quito, 1997.

Mardomingo María Jesús, Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes, Díaz Ediciones, Madrid, 1994.

Minuchin Salvador, Familias y terapia familiar, editorial Gedisa, Quinta edición, España, 1995.

Minuchin salvador, Técnicas de terapia familiar, Ediciones Paidós, Barcelona 1992.

Navarro Góngora José, Avances en terapia familiar sistémica. Paidós, 1999, Barcelona

Navarro Góngora José, Técnicas y programas en Terapia Familiar. Paidós, 1992, Barcelona.

O.M.S.- CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid, 1992.

Olson David, Modelo Circumplejo de los sistemas familiares y matrimoniales, Periódico de terapia Familiar, 1999.

Osorno Leticia, Estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio, 2001, Internet: losornio@campus.cem.itesm.mx

Población Pablo, Teoría y Práctica del juego en psicoterapia, Editorial Fundamentos, Madrid, 1997.

Pribilsky Jasón, los niños de las remesas y traumas de la globalización. Ecuador DEBATE # 56.

Quinteros Angela María, Trabajo social y procesos familiares, editorial Lumen, Buenos Aires, 1995

Richard J. Gelles y Arn Levine, Sociología con aplicación en países de habla hispana. Sexta edición. Graw Ed., Junio 2001.

Ríos Gonzáles José, Orientación y terapia familiar, Madrid, 1984.

Saad E., Patologías psiquiátricas en adolescentes y desestructuración familiar en nuestro medio, Revista Alternativas No. 3. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, 2001.

Santos Bárbara y otros, Suicidio y Apgar familiar, Revista Cubana de Medicina General Integral No 13, 1997.

Selvini Mara y otros, Los juegos psicóticos en la familia, Editorial Paidós, Barcelona 1.993.

Simon F, Stierlin H y Wynne L, Vocabulario de terapia familiar, Editorial Gedisa, Barcelona, 1993.

Sin datos de autor, El suicidio en adolescentes, artículo en internet, 2001

Sin datos de autor, intento de suicidio de adolescentes y adultos jóvenes, Actas Luso españolas de terapia familiar, 2001, Internet:<http://www.siicsalud.com/des/des007/98526001.htm>)

Sistema Integrado de indicadores sociales del Ecuador –SIISE-, 2001

Stengel Erwin, Psicología del suicidio y los intentos suicidas. Paidós, Buenos Aires, 1987.

Stierlin Helm, El individuo en el sistema, psicoterapia en una sociedad cambiante, Editorial Herder, Barcelona 1997.

Villegas Juan José, Familia sana y disfuncional en texto Psicoterapeuta de familia, 1er año. Universidad de Deusto, España, Curso 96-97.

Villegas Juan José, Teoría general de los sistemas, en texto Psicoterapeuta de familia, 1er año. Universidad de Deusto, España, Curso 96-97.

Walmsley Emily, Transformando los pueblos: la migración internacional y el impacto social al nivel comunitario, Ecuador DEBATE # 54.

White Michael, Guías para una terapia familiar sistémica. Editorial Gedisa, Barcelona 1997.

**TIPOS DE FAMILIA DE LOS
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS:
INVESTIGACIÓN EN LOS QUINTOS CICLOS DE LA
UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

Alberto Astudillo Pesántez

Magister en Docencia Universitaria por la Universidad
del Azuay

Licenciado en Psicología por la Universidad de Lovaina
Bélgica

INTRODUCCIÓN

La Maestría y Especialización en Docencia Universitaria en la Universidad del Azuay, cierra cada uno de sus tres módulos con una activa producción del alumno maestrante en la elaboración de los textos paralelos como aconseja el maestro DANIEL PRIETO CASTILLO. El primer texto enmarcado en la óptica de la enseñanza, recogió las experiencias desde cuando uno fue alumno universitario pasando por la de profesor, reflexionando en experiencias que promueven y acompañan el aprendizaje: experiencias mediadas, instancias de aprendizaje, validación de prácticas y materiales. El segundo texto paralelo redactado desde el ángulo del aprendizaje, recogió sobretodo la problemática del aprendizaje con sentido.

El tercer modulo, se cerró con la propuesta y aprobación de un proyecto de investigación. Pero como nada surge si no se distingue, sino se señala, el aspecto que mereció la elaboración y la reflexión estuvo más cerca de la familia, la familia del estudiante universitario que se educa precisamente en la UDA. El punto de partida constituyó el interrogante, *¿cuál es el perfil actual de la familia del estudiante universitario?* Y la pregunta complementaria, *¿hay algún perfil de familia para los estudiantes con calificaciones extremas?*

El primer interrogante quedó resuelto al encontrar claramente la tendencia de las familias de los jóvenes universitarios como familias balanceadas, por tanto familias sanas que cumplen a satisfacción el momento del ciclo vital de su desarrollo, funcionan como familias balanceadas o

centrales. Un número muy importante funciona como familias de medio campo, y en menor número hay familias extremas. El segundo interrogante no señaló mayor incidencia entre tipo de familia y rendimiento estudiantil al relacionar los extremos en las familias y los extremos en las calificaciones.

2. CUADRO DE REFERENCIA

En el presente trabajo se empleamos las **ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA ADAPATACION Y COHESIÓN DE LA FAMILIA. FAMILY ADAPTATION & COHESION EVALUATION SCALES. (FACES III)**, desarrollado por DAVID H. OLSON, Profesor Emérito del Family Social Science de la Universidad de Minnesota. Con la debida autorización del autor se realizó la traducción, adaptación y aplicación de este instrumento.

FACES III, como se denomina a esta escala, ha sido propuesta para ser administrada a familias a lo largo del ciclo de desarrollo de la familia, desde parejas recién formadas sin niños hasta parejas que se han quedado solas. Los ítems fueron desarrollados para ser leídos y entendidos fácilmente desde adolescentes de 12 años en adelante. Idealmente puede ser administrado a todos los miembros de la familia que puedan completar el inventario, de tal forma que los informes de varios miembros de la familia puedan ser comparados y utilizados.

Estudios de confianza y validez han sido realizados para asegurar el rigor científico de las escalas, en términos de confianza, consistencia interna, test-retest. En cuanto al constructo de validez la correlación entre cohesión y adaptación ha sido reducida a cero. También la correlación entre deseo social y la adaptación ha sido reducida a cero.

Sin embargo, la correlación aún permanece entre cohesión y deseo social.

1. Modelo Circunflejo

FACES III posibilita al investigador o al clínico ubicar al miembro individual de la familia o a los grupos de las familias dentro del Modelo Circunflejo. Este modelo procede de un resumen complejo de ideas de más de unos cincuenta autores. Fue publicado y corregido sucesivamente en varias oportunidades: 1978, 1979, 1983, 1986. El modelo es cruzado por dos dimensiones básicas: cohesión, cambio y comunicación.

La primera dimensión, se llama COHESIÓN y se fundamenta en *las relaciones emocionales que cada miembro de la familia guarda con respecto al otro*. La segunda dimensión, vertical, se llama CAMBIO desde 1985, pero se llamaba ADAPTACIÓN, es decir, *habilidad que posee el sistema conyugal o familiar para cambiar las relaciones en respuesta a una situación o una evolución estresante*.

El Modelo Circunflejo tiene cuatro niveles de cohesión de la familia, los mismos que van desde el extremo de la más baja cohesión al extremo de la más alta: **sin enlace, separada, conectada, y enredada**. Los dos niveles balanceados de la cohesión en la familia corresponden a separada y conectada.

Así mismo en la adaptación de la familia los niveles van desde el extremo más bajo, al extremo más alto, y corresponde a los niveles: **rígida, estructurada, flexible, y caótica**. Los dos niveles moderados o balanceados de la adaptación son flexibles y estructurados.

La hipótesis está planteada de manera que esas dos dimensiones se hallen en el medio cuando la familia se considera sana, es decir, separada-conectada por la cohesión y estructurada-flexible por el cambio; y cuando la familia se encuentra en situación de dificultad las dimensiones se hacen al extremo: sin enlace, enredada, para la cohesión, y caótica, rígida para el cambio.

Dimensiones del Modelo Circunflejo: COHESIÓN, CAMBIO Y COMUNICACIÓN.

Cohesión, cambio y comunicación familiar, son las tres dimensiones de la conducta familiar que emergen de un grupo de alrededor de cincuenta conceptos desarrollados para descubrir la dinámica de la pareja y de la familia. Sin embargo, muchos de estos conceptos han sido usados por décadas (poder, roles), otros han sido utilizados recientemente al observar problemas familiares desde una perspectiva de la Teoría General de los sistemas (pseudo-mutualidad, doble vínculo). **(Cuadro 1).**

Después de un cuidadoso análisis, Olson encontró similitudes entre los términos que describían el proceso interno de la familia. Este proceso tiene que ver con el grado de separación o de conexión del individuo con su sistema de familia; y a esta variable se le denominó *cohesión*. El segundo aspecto fue el de *adaptación*, que enfocó sobre el aspecto de flexibilidad y habilidad de la familia para realizar cambios. Y el tercer aspecto se centró en la *comunicación* de la familia entre los miembros de la familia.

Modelos teóricos y las tres dimensiones del Modelo Circunflejo

	Cohesión	Adaptación (Cambio)	Comunicación
Beavers y Voeller	centrípeto centrífugo	Adaptación (crecimiento del sistema)	
Epstein y col.	Implicación afectiva	Control de conducta Resolución problemas roles	Comunicación Respuestas afectivas
Kanter y Lehr	afecto	poder	
L'Abate	intimidad	poder	
Leff y Vaughn	distancia	Resolución de problemas	
Reiss	coordinación	unidad	

Cuadro 1.

En el Modelo Circunflejo, los conceptos específicos utilizados para diagnosticar y medir la dimensión de la cohesión son:

1. Adhesión emocional.
2. Participación familiar.
3. Relación conyugal.
4. Alianzas padre-hijo.
5. Límites internos: tiempo, espacio, decisiones tomadas.
6. Límites externos: amigos, intereses, recreación.

Los conceptos específicos utilizados para diagnosticar y medir la dimensión de cambio son:

1. Liderazgo.
2. Disciplina.
3. Negociación.
4. Roles.
5. Reglas.

La Comunicación de familia es la tercera dimensión y esta facilita el movimiento en las otras dos dimensiones.

En el Modelo Circunflejo, hay cuatro niveles de cohesión de familia que oscilan desde cohesión extrema débil hasta la cohesión extrema alta:

- sin enlace, separada, conectada, y enredada.

Los dos niveles de cohesión balanceados han sido denominados separados y conectados.

Hay también cuatro niveles de cambio (adaptabilidad) familiar que oscilan desde el cambio débil extremo al cambio fuerte extremo:

- rígida, estructurada, flexible, y caótica.

Los dos niveles balanceados de cambio han sido denominados estructurados y flexibles.

MODELO CIRCUNFLEJO: A. DIECISÉIS TIPOS DE FAMILIA

		COHESIÓN			
A					
D					
A	1	2	3	4	
P					
T	5	6	7	8	
A					
C	9	10	11	12	
I					
Ó	13	14	15	16	
N					

Figura 1

MODELO CIRCUNFLEJO: B. BALANCEADAS, MEDIO CAMPO, EXTREMAS

		COHESIÓN			
A					
D					
A	1	2	3	4	
P					
T	5	6	7	8	
A					
C	9	10	11	12	
I					
Ó	13	14	15	16	
N					

BALANCEADAS	(6, 7, 10, 11)
MEDIO CAMPO	(2, 3, 5, 8, 9, 12, 14, 15)
EXTREMAS	(1, 4, 13, 16)

Figura 2

MODELO CIRCUNFLEJO: C. CUATRO REGISTROS

		COHESIÓN			
		1	2	3	4
A D A P T A C I Ó N			<i>I</i>		<i>II</i>
	5		6	7	8
	9		10	13	14
			<i>III</i>		<i>IV</i>
	11		12	15	16

- I FLEXIBLEMENTE SEPARADAS**
- II FLEXIBLEMENTE CONECTADAS**
- III ESTRUCTURADAMENTE SEPARADAS**
- IV ESTRUCTURADAMENTE CONECTADAS**

Figura 3.

embargo, las familias que son capaces de balancearse entre estos dos extremos parecen estar mejor cubiertas y son más funcionales.

Al combinar los cuatro niveles de cohesión y los cuatro de cambio se obtienen dieciséis tipos distintos de pareja o sistemas de familia. Cuatro de estos dieciséis tipos son moderados en ambas dimensiones, tipos balanceados. Ocho tipos son extremos en una dimensión y moderado en la otra, tipos medio-campo y cuatro tipos extremos en ambas dimensiones, tipos extremos. **Figuras 1, 2, 3,4.**

Una hipótesis alternativa desarrollada últimamente con respecto a los tipos extremos en el Modelo Circunflejo establece que los tipos extremos funcionarán bien, tanto tiempo que a todos los miembros de la familia les agrade esa forma. (Olson et al., 1980, 1982 y 1983). Esto es particularmente importante para grupos culturales que tienen normas que mantienen la conducta familiar en los extremos (pautas rígidamente enredadas en familias de mormones, judíos ortodoxos).

En su primera forma (Olson 1978), esta escala tenía 111 preguntas de valores diferentes, lo que provocaba una cuantificación y un trabajo estadístico bastante arduo. Una tercera forma apareció en 1986 (Olson 1986), con lo que pudo ser reducida a 20 preguntas. La duración en la aplicación es mínima. El cuestionario puede ser realizado dos veces seguidas: la primera para averiguar: *¿cuál es la percepción actual de la familia?*, y la segunda, *¿cuál es el funcionamiento familiar deseado o ideal?* Esto otorga una dimensión a la prueba: conocer los valores perseguidos por sus miembros. Ver anexo.

Procedimiento, Administración y Anotación.

El instrumento es de fácil administración. Puede ser administrado como un test individual, tal como cuando se aplica a una pareja o a una familia en una sesión de terapia, o cuando parejas y familias participan en proyectos de investigación. Puede también ser utilizado como un test colectivo, aplicado a los estudiantes en clase o a familias para que respondan la encuesta por correo.

Al encuestado se le pide leer las instrucciones y decidir para cada pregunta, la frecuencia en una escala que va desde 1 (casi nunca) hasta 5 (casi siempre), describiendo así la conducta que ocurre en su familia.

Corrección

La nota de cohesión es la suma de todos los ítems impares y la de cambio es la suma de todos los ítems pares.

Las normas de asignación de puntos para los cuatro niveles de cohesión y cambio fueron establecidas para los tres grupos:

Adultos (padres) a lo largo del ciclo de vida familiar. Estas normas son por los investigadores cuando las muestras son de adultos solamente, excepto cuando solamente parejas de jóvenes (primer estadio del ciclo de familia) sea estudiada.

Familias con adolescentes. Estas normas son para ser utilizadas cuando padres y adolescentes son examinados. Estas familias están en el estadio 4 (el mayor de los hijos tiene, 12-14 años, o etapa 5, si el primer hijo deja la casa pero existe al menos un hijo viviendo aún en ella. Las normas

para cada uno de los grupos señalados están indicadas en las tablas 6 y 7 del manual de aplicación.

METODOLOGÍA

Se evaluó la familia del estudiante desde la percepción de él mismo mediante la aplicación del FACES III. Así, a la vez que cumplimos con el objetivo propuesto valoramos también la utilidad de este instrumento.

No hay que olvidar la pregunta que mueve todo este trabajo: *¿cuál es el perfil actual de la familia del estudiante universitario?* Y la pregunta complementaria *¿hay un perfil de familia para los estudiantes con calificaciones extremas?*

1 Variables teóricas

Queremos aproximarnos a la familia desde dos variables propuestas por el FACES III, la cohesión y el cambio (adaptación). Esto permitirá hacer una clasificación de las familias en un rango de 16 tipos específicos. Pero además conoceremos cómo están las familias dentro de este rango, es decir, si más cerca de una posición central, por tanto, más cercanas a la salud, o si en un medio campo o quizá más lejanas de ese centro, por tanto extremas, quizá menos sanas.

Con motivo del presente trabajo, El FACES III fue traducido del Inglés al Español y revisado por el Profesor Dr. Ion Youman, Profesor de Inglés en la Universidad de Cuenca, luego fue adaptada esta traducción a una muestra de alumnos de Psicología de la Universidad de Cuenca, y posteriormente se aplicó a los alumnos de la presente investigación.

2 Universo

La Universidad del Azuay tiene actualmente siete facultades con 20 carreras:

- ❖ Facultad de Filosofía con seis carreras
- ❖ Facultad de Administración con cuatro carreras
- ❖ Facultad de Derecho
- ❖ Facultad de Diseño
- ❖ Facultad de Ciencia y Tecnología con cinco carreras
- ❖ Facultad de Teología
- ❖ Facultad de Medicina

La población objeto de estudio pertenece a los Quintos Ciclos, 2003. La Facultad de Medicina no formó parte de la investigación porque aún no tenía el quinto ciclo. El quinto ciclo corresponde al inicio del tercer año de universidad, de una duración de cinco, y es el comienzo de la especialización universitaria en algunas carreras después de haber pasado dos años de formación general. Los alumnos matriculados en los quintos ciclos del año 2003 son 588 entre hombres y mujeres. Respondieron el cuestionario 466 alumnos.

3 Muestra

Se aplicó previamente una encuesta que facilitó hacer las siguientes exclusiones: alumnos casados que aunque tienen hijos, estos no son aún adolescentes porque el modelo del FACES III aplicado en esta investigación incluye a las familias con adolescentes y con jóvenes que aún no han dejado el hogar paterno, a los alumnos divorciados que en la actualidad no tienen pareja, y a los alumnos que por cualquier razón no viven con sus padres. A este último grupo pertenece una buena parte de la población estudiantil de algunas provincias del país.

Se incluyen en la muestra a los alumnos de los quintos ciclos que son solteros y que viven con sus padres y otros familiares (abuelos, tíos), y cuyas calificaciones de cuarto ciclo fueron facilitadas por el centro de cómputo de la Universidad. Esto dio una muestra total de 305 alumnos. Cuadros 2, 3, 4. Los alumnos respondieron el FACES III, en las formas percibida e ideal. La forma percibida evalúa cómo está la familia ahora, y la forma ideal cómo querría que fuera la familia. En nuestro estudio solamente tomamos la primera, ya que la segunda es útil en el caso de proponerse a realizar una terapia.

Muestra de la población estudiantil por carreras.

CARRERAS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1.- Psico. Clínica	14	4,6	4,6
2.- Psico. Lab.	11	3,6	8,2
3.- Psico. Educ.	6	2,0	10,2
4.- Comunicación Soc.	3	1,0	11,1
5.- Educ. Especial	13	4,3	15,4
6.- Turismo	39	12,8	28,2
7.- Administración	62	20,3	48,5
8.- Contabilidad Superior	10	3,3	51,8
9.- Economía	5	1,6	53,4
10.- Ingeniería de Sistemas	32	10,5	63,9
11.- Ingeniería de Alimentos	9	3,0	66,9
12.- Biología	17	5,6	72,5
13.- Ingeniería Electrónica	10	3,3	75,7
14.- Ingeniera Automotriz	9	3,0	78,7
15.- Ciencias Industriales	1	0,3	79,0
16.- Diseño	31	10,2	89,2
17.- Teología	7	2,3	91,5
18.- Derecho	26	8,5	100,0
Total	305	100,0	

Cuadro 2

Población estudiantil por género

<u>Género</u>	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Hombres	116	38,0	38,0
Mujeres	189	62,0	100,0
Total	305	100,0	

Cuadro 3

Edad del estudiante

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
19	56	18,4	18,4
20	103	33,8	52,1
21	52	17,0	69,2
22	43	14,1	83,3
23	18	5,9	89,2
24	11	3,6	92,8
25	8	2,6	95,4
26	4	1,3	96,7
27	2	0,7	97,4
28	1	0,3	97,7
29	1	0,3	98,0
31	2	0,7	98,7
35	1	0,3	99,0
38	2	0,7	99,7
39	1	0,3	100,0
Total	305	100,0	
Total	305		
Promedio	21,20		
Moda	20		

Cuadro 4.

Resultados:

Tipo de Familia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1.- Caóticamente sin enlace	12	3,9	3,9
2.- Caóticamente separada	31	10,2	14,1
3.- Caóticamente conectada	45	14,8	28,9
4.- Caóticamente enredada	34	11,1	40,0
5.- Flexiblemente sin enlace	16	5,2	45,2
6.- Flexiblemente separada	40	13,1	58,4
7.- Flexiblemente conectada	38	12,5	70,8
8.- Flexiblemente enredada	9	3,0	73,8
9.- Estructuradamente sin enlace	16	5,2	79,0
10.- Estructuradamente separada	23	7,5	86,6
11.- Estructuradamente conectada	18	5,9	92,5
12.- Estructuradamente enredada	6	2,0	94,4
13.- Rígidamente sin enlace	14	4,6	99,0
14.- Rígidamente separada	2	0,7	99,7
15.- Rígidamente conectada	1	0,3	100,0
Total	305	100,0	

Cuadro 5

El tipo de familia con mayor representación estudiantil corresponde a la Caóticamente Conectada con 45 respuestas favorables, aquí la primera dimensión corresponde al extremo alto de la variable Adaptación (caótica), y la segunda, conectada, a un término medio, por tanto, saludable. Es importante señalar que el extremo alto de la Adaptación, caótica, es descrito por 122 estudiantes para definir el perfil de sus familias. Según la literatura, con respecto a la adaptación, parece sugerir que estas familias no son muy flexibles o adaptables en el cambio de necesidades y condiciones propias. Figura 5.

A. LOS DIECISÉIS TIPOS DE FAMILIA

		COHESIÓN			
A D A P T A C I Ó N	12	31	45	34	
	16	40	38	9	
	16	23	18	6	
	14	2	1	0	

Figura 5.

B. LAS FAMILIAS BALANCEADAS, MEDIO CAMPO, EXTREMAS

		COHESIÓN			
A D A P T A C I Ó N	12	31	45	34	
	16	40	38	9	
	16	23	18	6	
	14	2	1	0	
BALANCEADAS	(40, 38, 23, 18) = 119				
MEDIO CAMPO	(31, 45, 16, 9, 16, 6, 2, 1) = 126				
EXTREMAS	(12, 34, 14, 0) = 60				

Figura 6.

Las familias **Balanceadas** (Figura 6) corresponden a:

El Tipo 6, las Flexiblemente separadas: 40 familias

El Tipo 7, las Flexiblemente conectadas: 38 familias

El Tipo 10, las Estructuradamente separadas: 23 familias

El Tipo 11, las Estructuradamente conectadas: 18 familias

Total: 119 familias. 39,0 %.

Las familias **Medio Campo** (Figura 6) integran 8 tipos de familia:

El Tipo 2, las Caóticamente separadas: 31 familias

El Tipo 3, las Caóticamente conectadas: 45 familias

El Tipo 5, las Flexiblemente sin enlace: 16 familias

El Tipo 8, las Flexiblemente enredadas: 9 familias

El Tipo 9, las Estructuralmente sin enlace: 16 familias

El Tipo 12, las Estructuradamente enredadas: 6 familias

El Tipo 14, las Rígidamente separadas: 2 familias y

El Tipo 15, las Rígidamente conectadas: 1 familia.

Total: 126 familias. 41,31%

Las familias **Extremas** están integradas por:

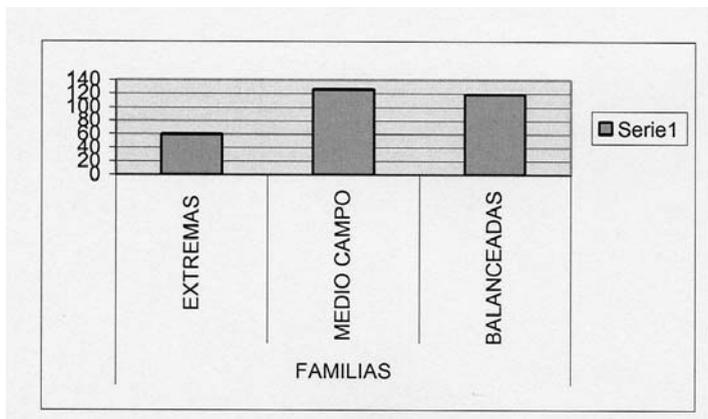
El Tipo 1, las Caóticamente sin enlace: 12 familias

El Tipo 4, las Caóticamente enredadas: 34 familias

El Tipo 13, las Rígidamente sin enlace: 14 familias.

Total: 60 familias. 19,6. %.

FAMILIAS EXTREMAS	MEDIO CAMPO	BALANCEADAS
60	126	119



C. LAS FAMILIAS EN LOS CUATRO REGISTROS

COHESIÓN

	12	31	45	34
A		I		II
D				
A	16	40	38	9
P				
T				
A	16	23	18	6
C		III		IV
I				
Ó				
N	14	2	1	0

- I FLEXIBLEMENTE SEPARADAS**
- II FLEXIBLEMENTE CONECTADAS**
- III ESTRUCTURADAMENTE SEPARADAS**
- IV ESTRUCTURADAMENTE CONECTADAS**

Figura 7

El Registro I, de las familias **Flexiblemente Separadas**, (Figura 7) está formado por:

El Tipo 1, Caóticamente sin enlace: 12 familias.

El Tipo 2, Caóticamente separadas: 31 familias

El Tipo 5, Flexiblemente sin enlace: 16 familias y

El Tipo 6, Flexiblemente separadas: 40 familias

Total: 99. 32,45%.

El Registro II, de las familias **Flexiblemente Conectadas**, (Figura 7) está integrado por:

El Tipo 3, Caóticamente conectadas: 45 familias.

El Tipo 4, Caóticamente enredadas: 34 familias.

El Tipo 7, Flexiblemente conectadas: 38 familias

El Tipo 8, Flexiblemente enredadas: 9 familias.

Total: 126. 41,31%

El Registro III, (Figura 7) de las familias **Estructuradamente Separadas**, integrado por:

El Tipo 9, Estructuradamente sin enlace: 16 familias

El Tipo 10, Estructuradamente separadas: 23 familias

El Tipo 13, Rígidamente sin enlace: 14 familias

El Tipo 14, Rígidamente separadas: 2 familias.

Total: 55. 18,03%.

El Registro IV, (Figura 7) de las familias **Estructuradamente Conectadas**, integrado por:

El Tipo 11, Estructuradamente conectadas: 18 familias.

El Tipo 12, Estructuradamente enredadas: 6 familias

El Tipo 15, Rígidamente conectadas: 1 familia

Total: 25. 8,19%.

En el presente estudio el registro con más respuestas es el Registro II, **Flexiblemente conectado** con 126 familias. En este registro está el tipo de familia de mayor frecuencia. Luego viene el **caóticamente conectado** con 45 familias, y 34 familias que corresponden al tipo extremo, **caóticamente enredado**. Luego sigue el Registro I, el II y finalmente el IV.

D. FAMILIAS BALANCEADAS Y REGISTROS

		COHESIÓN			
A D A P T A C I Ó N		12	31	45	34
			I		II
		16	6	7	9
		16	10	11	6
			III		IV
		14	2	1	0
		40		38	
		BALANCEADAS			
		23		18	

Figura 8

En el registro I, **Flexiblemente Separadas**, se encuentran 40 familias **balanceadas**, centrales; 47 familias **medio campo**, por tanto, distanciándose del centro, y 12 extremas, alejadas del centro. (Figura 8)

En el registro II, **Flexiblemente Conectadas**, se hallan 38 familias **balanceadas**, 54 como familia de **medio campo**, y 34 extremas, alejas del centro. (Figura 8)

En el registro III, **Estructuradamente Separadas**, se ubican en el centro 23 familias, 18 como **medio campo** y 14 como extremas. (Figura. 8)

En el registro IV, **Estructuradamente Conectadas**, están 18 familias como **balanceadas**, 7 como medio campo y 0 para el extremo. No se encontraron familias **rígidamente enredadas**. (Figura 8)

Hemos llegado a la meta del presente trabajo. Tenemos la respuesta a la pregunta inicial: *¿cuál es el perfil actual de la familia del estudiante universitario?* Y ya se puede decir que la muestra estudiantil ha descrito a la familia en la dimensión de la **Cohesión** con 96 familias **separadas** y 102 **conectadas** lo que da un total de 198, el 64,91%. De acuerdo con el ciclo de vida de la familia, estas familias atraviesan por un momento muy sano de desarrollo familiar. Por otro lado, en la misma dimensión de la cohesión, las familias **sin enlace** son 58 que sumadas a las **enredadas** que son 49, dan un total de 107, 35% de familias que de acuerdo al ciclo de vida serían familias con dificultades.

Y en lo que a la **Adaptación** se refiere tenemos 103 familias de tipo flexible y 57 familias de tipo **estructuradas** que dan un total de 160 familias, el 52%, o sea más de la mitad de la muestra como familias en un buen momento del desarrollo del ciclo vital; y 122 como **caóticas**, y 17 como

rígidas que dan un total de 123, 40% con dificultades en lo que a la adaptación se refiere.

Gran parte de los jóvenes describen a sus familias más cohesivas que separadas, más caóticas que rígidas, por tanto en ambas dimensiones están funcionando en un extremo alto. Sin embargo, según el instrumento de trabajo, queda claro que hay una gran tendencia de las familias al área **balanceada**. Son 119 familias, el 39 % de la población que ha descrito a su familia como central, como unida y con habilidad para manejar el cambio.

No podemos olvidar que quienes describen son jóvenes de ambos sexos, que a esta altura de su vida están concentrando todos sus esfuerzos en especificar y construir un camino específico en la vida, y en la gran mayoría de casos contraer matrimonio y aplicar su libido en una sola persona o en una persona significativa. La elección de profesión y de consorte constituye dos de las más importantes decisiones de la vida.

La constatación de la tendencia en gran parte de la muestra hacia una alta cohesión es una interrogación que puede tener varias lecturas. Una puede ser el hecho de que la muestra tiene mayor porcentaje de estudiantes mujeres y que nuestra sociedad ejerce fuerte control sobre ellas. Claro que es definido como caótico, sin dirección. Los jóvenes ya no necesitan a sus padres como objetos esenciales que les dan apoyo y dirección, porque han sido interiorizados y se ha convertido en una parte muy importante de su identidad.

Tipo de Familia y Rendimiento

Una vez que tenemos el tipo de familia, estamos preparados para responder a la segunda pregunta del presente trabajo: *¿hay algún perfil de familia para los estudiantes con calificaciones extremas?* Se complementó

la información recabando las calificaciones del ciclo anterior (cuarto) de los alumnos de la muestra, lo que facilitó ubicar las calificaciones extremas. Es decir, las calificaciones superiores a 45 puntos y las inferiores a 34, incluyéndose aquí los alumnos que arrastraban materias en el cuarto ciclo.

Promedio de Calificaciones en Cuarto Ciclo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Arrastre	9	3,0	3,0
20	1	0,3	3,3
21	1	0,3	3,6
22	1	0,3	3,9
25	1	0,3	4,3
26	2	0,7	4,9
27	4	1,3	6,2
28	5	1,6	7,9
29	8	2,6	10,5
30	5	1,6	12,1
31	1	0,3	12,5
32	7	2,3	14,8
33	22	7,2	22,0
34	22	7,2	29,2
35	24	7,9	37,0
36	23	7,5	44,6
37	23	7,5	52,1
38	29	9,5	61,6
39	15	4,9	66,6
40	20	6,6	73,1
41	21	6,9	80,0
42	13	4,3	84,3
43	11	3,6	87,9
44	10	3,3	91,1
45	10	3,3	94,4
46	6	2,0	96,4
47	3	1,0	97,4
48	4	1,3	98,7
49	4	1,3	100,0
Total	305	100,0	

Cuadro 6.

Calificaciones de tendencia central en Cuarto Ciclo

N	305
Media	36,36
Mediana	37,00
Moda	38

Los resultados de la Tabla 4 nos dejan las siguientes lecturas:

El tipo extremo, **Caóticamente sin Enlace**, tiene 12 familias de estudiantes, cuyas calificaciones se ubican en 3 inferiores a 30 por tanto extremas de acuerdo a la hipótesis de este trabajo, y 1 de 49 por tanto también nota extrema, el resto de calificaciones se ubican entre estos dos extremos.

El tipo 4, segundo tipo extremo, **Caóticamente Enredadas**, posee 34 familias, de las cuales las calificaciones estudiantiles oscilan entre 3 notas inferiores a 30 por tanto extrema y 7 superiores a 45. Este es el tipo extremo de familia en el que sobresale el número de calificaciones extremas superiores.

El tipo 13, tercer tipo extremo, **Rígidamente sin Enlace**, tiene 14 familias, 3 estudiantes con calificaciones de 30, por tanto extremas y 2 extremas superiores.

Como conclusión, tenemos un total de 55 estudiantes con calificaciones extremas desde la óptica del presente trabajo: 28 con notas inferiores a 30, el 9,1% de la muestra; y 27 con calificaciones sobre los 45 puntos, el 8,8% de la muestra. De las notas inferiores solamente 9 corresponden a los 3 tipos extremos de familia, el resto se integra a los otros tipos de familia. Lo mismo sucede con las notas superiores, 9 estudiantes se ubican en los tres tipos extremos

de familia. Por tanto, en el presente estudio no aparece con claridad que haya un tipo de familia que favorezca una tendencia de rendimiento extremo, o viceversa: un rendimiento traducido en puntajes extremos que sea propio de un tipo de familia.

La mayoría de estudiantes de la presente muestra están ubicadas en el tipo 6, **Flexiblemente Separadas**, con 40 estudiantes, y sus calificaciones van desde 3 estudiantes con arrastre, 2 inferiores a 30, y 2 superiores a 45, el resto se integra en los otros tipos de familia. No hay que olvidar tampoco los promedios de las calificaciones de la presente muestra, 36 puntos como promedio y la calificación de 38 como la más repetida.

BIBLIOGRAFIA

ASTUDILLO Alberto: *Aproximación a la Familia del Estudiante de la UDA*. Maestría en Docencia Universitaria. Junio 2003.

FONTAINE Pierre, *Familles Saines, Thérapie Familiale*. Vol. VI. 1985 N°. 3 Genève.

FRIEDMAN Alfred S *Familles of Adolescent Drug Abusers are "Rigid": Are These Familles Either "Disengaged" or "Enmeshed", or both?*. Family Process. Vol. 26, 1987.

OLSON David, *Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales (FACES III)*, Family Social Science, University of Minnesota, 1985.

OLSON H. David, *Cicumplex Model of Marital and Family Systems: VI Theoretical Update*. Family Process 22: 1983

FACES III

DAVID H. OLSON Y COLEGAS

1. **Casi nunca**
 2. **De vez en cuando**
 3. **Algunas veces**
 4. **Frecuentemente**
 5. **Casi siempre**
-

DESCRIBA CÓMO ES SU FAMILIA AHORA

1. Los miembros de la familia se piden ayuda entre sí.
2. Para la solución de los problemas, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos.
3. Nosotros aprobamos los amigos de cada uno de los miembros de la familia.
4. Se escucha a los hijos antes de castigarlos o sancionarlos.
5. Nos gusta hacer cosas solamente con los miembros de nuestra familia.
6. Los miembros de la familia se turnan como jefes de la familia.
7. Los miembros de la familia están más estrechamente unidos entre sí que con personas ajenas a la familia.
8. Nuestra familia es flexible en el cumplimiento de las tareas.
9. A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.

10. Padres e hijos examinan juntos las formas de castigo y sanción.
11. Los miembros de la familia están estrechamente unidos entre sí.
12. Los hijos son los que toman las decisiones en nuestra familia.
13. Cuando nuestra familia decide realizar una actividad, todos están presentes.
14. En nuestra familia las normas se pueden cambiar.
15. Con facilidad imaginamos actividades para realizarlas juntos con la familia.
16. Nos turnamos las responsabilidades y tareas del hogar.
17. Los miembros de la familia consultan sus decisiones a los otros miembros de la familia.
18. Es difícil saber quién es el jefe (o los jefes) en nuestra familia.
19. La unidad de la familia es de suma importancia.
20. Resulta difícil saber qué tarea le toca a cada miembro de la familia.