



**INSTITUTO SUPERIOR DE
ESTUDIOS DE LA FAMILIA**

**VIOLENCIA FAMILIAR Y ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA:
RELACIÓN, IMPACTO E INFLUENCIA
UN ESTUDIO DE CASO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR**

PRESENTAN:

**KARINA MARQUEZ RODRÍGUEZ
MARIANA ZECEÑA PROCUNA**

MÉXICO, D.F. 2015

**Con reconocimiento de validez oficial de Estudios de la Secretaría de
Educación Pública, Según acuerdo No. 974201 de fecha
18 de Julio de 1997.**

Dedicatorias y agradecimientos

Gracias a Dios por darme la oportunidad de culminar esta maestría, pues requerí constantemente de su iluminación y fortaleza para enfrentarme a esta manera nueva de ver y vivir la vida.

También agradezco a mi mamá pues fue la que me impulsó a seguirme preparando personal y profesionalmente.

Gracias Raúl, mi compañero de vida por tu apoyo en estos años en los que tú también estudiaste y aprendiste junto conmigo de la terapia familiar y sus retos.

Le agradezco y dedico este trabajo también a mis hijos: Ana Luz y José Emilio esperando que todo el tiempo que le dediqué a mis libros, ahora nos ofrezca frutos como familia.

Gracias a mis maestras y maestros por todo lo que me enseñaron y por lo mucho que me hicieron crecer en estos años.

Gracias Mariana por haber recorrido conmigo este camino, por tu amistad y por la confianza que depositaste en mí para realizar este trabajo en equipo.

Karina Márquez Rodríguez

Gracias Dios, hace unos años te prometí que si me dabas la oportunidad de tener una mejor vida, iba a ser mi mejor esfuerzo por sacarle el mayor provecho. Este no es el final sino un nuevo comienzo para seguir adelante, esperando ser un digno instrumento de tu amor.

A Enrique, mi amor, mil gracias por darme alas, aire e impulso para hacerme sentir merecedora y capaz de soñar y porque siempre estás para acompañarme y ayudarme alcanzar todo lo que he deseado.

A mis hijos Valentina y Alejandro, les dedico este trabajo, ustedes son mi amor, mi vida y mi más grande motivación. Por favor recuerden que el límite de sus logros solo lo delimitan sus sueños. Los amo.

A todos mis maestros de vida, de la Maestría, del Diplomado de Violencia y al personal de Ilef por su generosidad, sabiduría y amable compañía en este interesante camino de conocimiento y crecimiento, muchas gracias.

Muchas gracias Karina por tantos momentos lindos compartidos, las risas, el llanto, el nervio y los sueños que nos unen. Te quiero mucho, somos un gran equipo.

Mariana Zeceña Procuna

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	7
I. MARCO TEÓRICO	9
1.1 Perspectivas teóricas	10
- Teoría General de los Sistemas	10
- Homeostásis	15
- Modelo Estructural	18
- Construccinismo Social.....	20
- Preguntas circulares	25
- Psicoeducación.....	27
1.2 Violencia.....	30
- Definición y tipos de violencia.....	30
- Modelo ecológico	32
- Enfoque de Género.....	33
- Violencia de género	34
- Poder y violencia.....	37
- Familia y violencia.....	38
- Pautas transgeneracionales y sistemas de creencias	39
- Ciclo de la violencia	41
- Efectos de la violencia	42
1.3 Enfermedad Psicossomática.....	48
- Familias Psicossomáticas.....	48

II. EXPOSICIÓN DEL CASO	58
2.1 Datos Generales de la familia	59
- Motivo de Consulta	60
- Ciclo vital	61
-Estructura Familiar	63
- Genogramas	66
- Familia nuclear	66
- Familia extensa Sr. M.	67
- Familia extensa Sra. G.....	68
2.2 Modalidad de terapia	69
- Análisis del Caso e intervención terapéutica	69
-Sesión en Co-terapia, Junio, 2015.....	92
-Otras posibles propuestas de Intervención.....	98
-La Persona del Terapeuta en el Proceso.....	101
III. CONCLUSIONES Y APORTACIONES.....	113
BIBLIOGRAFÍA.....	122

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es el resultado de nuestro interés para titularnos de la Maestría en Terapia Familiar Sistémica en el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia. Durante el ciclo 2013-2014 cursamos el Diplomado de Violencia en el mismo Instituto y analizamos el caso de una familia con violencia del cual se desprende el siguiente análisis.

Cabe aclarar que Mariana fue la terapeuta de dicha familia y que para Karina fue un caso clínico que conoció a fondo y que escogimos porque cumplía con los requisitos de la tesina y con los temas de violencia y familia que nos permitieron integrar los conceptos centrales de la maestría y el diplomado. Además después del proceso que tuvo Mariana con la familia fue muy útil trabajar con la visión de Karina ya que nos dio un metanivel y concientizamos la importancia del trabajo en equipo en temas difíciles como lo es la violencia.

La presente tesina titulada: “Violencia familiar y enfermedad psicosomática: relación, impacto e influencia, un estudio de caso”, tiene como objetivo general abordar el tema de la violencia familiar y la enfermedad psicosomática, y cómo la enfermedad puede ser vista como un elemento que contribuye a la homeostásis familiar por un lado, y por otro, como una expresión del sufrimiento de un sistema que no logra evolucionar hacia estadios más maduros de crecimiento.

Se analiza cómo es que la violencia familiar se relaciona con los síntomas físicos que muestran diferentes miembros de una familia y así poder señalar algunas pautas de interacción de este sistema. Por tanto, la pregunta de investigación se enfocará en indagar, ¿cuál es la relación entre violencia familiar y enfermedad psicosomática, como elementos autoreguladores de la homeostásis dentro de la familia?

Como parte de los objetivos específicos, se encuentra el abordar el contexto en el que la familia que presentamos vive y su interacción con los sistemas socioculturales y ambientales. También se revisarán los tipos de violencia y cómo el poder organiza las relaciones de violencia en esta familia. Se abordarán las

creencias con respecto al género que imperan en la dinámica familiar. Y dentro de los objetivos también se pondrá atención en presentar los efectos de la violencia que se han podido observar en los diferentes miembros de esta familia.

Para analizar todo lo anterior, se han organizado tres capítulos. En el primero se presenta el marco teórico a través del cual se revisan los conceptos relacionados con lo que es la Teoría General de los Sistemas y su aplicación en el campo de la Terapia Familiar. Se revisan algunas corrientes como el modelo Estructural y el Construccinismo Social. Posteriormente se define el concepto de violencia y se presentan los diferentes tipos. Asimismo, se explica qué es el enfoque de género, la relación entre poder y violencia y familia y violencia.

Por otro lado, se incluyen lo que son las pautas transgeneracionales y el sistema de creencias lo que servirá para comprender cómo el comportamiento de la familia que se analiza tiene que ver con los diferentes legados de generaciones anteriores.

En otro apartado se incluye la explicación que propone Walker sobre el ciclo de la violencia, mismo que se retoma en el análisis del caso para revisar cómo es que se desarrolla la dinámica en la que esta familia se encuentra atrapada y como una de las aportaciones a esta tesina será incluir la variable de enfermedad psicosomática a dicho comportamiento cíclico. Como parte del marco teórico también se definen enfermedad psicosomática y familias psicosomáticas incluyendo diferentes miradas teóricas y de intervención en el campo de la terapia familiar.

En el capítulo dos se hace la exposición del caso, primero dando a conocer los datos generales, el motivo de consulta, el ciclo vital de la familia, la estructura familiar, genograma y todo esto para dar una idea sobre el caso que se va a analizar.

Posteriormente se presenta la modalidad de terapia que se ha manejado predominando el enfoque Estructural (desafío del síntoma, revisión de familias de origen, límites, trabajo por subsistemas, jerarquías, alianzas, coaliciones, etc.) y

psico-educativo (definir, nombrar y señalar los diferentes tipos de violencia y de enfermedades). Así mismo en otro apartado se da a conocer el impacto que tuvieron las intervenciones en la familia, así como el intercambio de miradas entre dos terapeutas familiares y cómo es que influyó en la persona de las terapeutas este proceso.

En el tercer capítulo, se incluye un análisis final y conclusiones, así como las aportaciones que se consideran para el campo de la terapia familiar en el trabajo con familias en donde existe violencia y enfermedad psicosomática.

En junio del 2015 en una de las reuniones para hacer las correcciones de las lectoras a la tesina, Mariana le mandó un mensaje a la hija mayor N. para preguntarle cómo habían estado. A lo que contestó que se encontraban más o menos pues seguían los conflictos en casa, principalmente entre sus padres. Mariana le preguntó si gustaba que nos reuniéramos todos, incluyendo a su amiga terapeuta con la que estaba haciendo la tesis (o sea Karina). A N. le gustó la idea y fue la encargada de convocar a los diferentes miembros de la familia para dicha sesión. El objetivo era dar un seguimiento para ver cómo iban las cosas en casa y que la terapeuta Karina los pudiera conocer.

De este modo nos pusimos de acuerdo para vernos un día en la noche en el consultorio de Mariana. A la reunión asistieron la señora G. junto con sus dos hijas y más tarde llegó su hijo D. Estuvimos alrededor de una hora y media trabajando con estos miembros de la familia. Incluimos la transcripción de esta sesión junto con nuestras reflexiones en un apartado especial dentro del análisis del caso e intervención terapéutica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación

De acuerdo al Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia es considerada como un problema de salud pública a partir del 2002 y es definida por dicho organismo como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

En dicho informe se reporta que la violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años. Por cada persona que muere por causas violentas, muchas otras resultan heridas y sufren una diversidad de problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales. La violencia es la principal causa de muerte para mujeres entre 15 y 44 años de edad, más que el cáncer y los accidentes de tránsito. Del 45% al 60% de los homicidios contra mujeres se realizan dentro de la casa y la mayoría los cometen sus cónyuges. En 1 de cada 3 hogares ha habido maltrato emocional, intimidación, abuso físico y sexual.

Las tasas por muerte violenta en los países con ingresos bajos y medios es de 32.1% en contraste con los países de ingresos altos del 14.4%. De las 10 ciudades más violentas del mundo, en el 2012 la ciudad de Torreón, México ocupaba el quinto lugar y Nuevo Laredo, México, el octavo lugar. Esto contabilizando el número de asesinatos por cada 100 mil habitantes. (OMS, 2012).

En México, la Secretaría de Gobernación (SEGOB) junto con la Procuraduría General de la República (PGR), en el 2012, emitieron un informe que señala que seis de cada diez mexicanos se sienten inseguros y uno de cada tres hogares reporta que al menos una persona cercana fue víctima del crimen o la violencia. Homicidio, extorsión, secuestro y robo con violencia son algunas de las conductas

delictivas que más se presentan en la sociedad. Las ejecuciones se convirtieron en la segunda causa de defunciones en México.

En la República mexicana, 7 de cada 10 jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, sufre violencia psicológica, física o sexual, y de los que sufren violencia 3 de cada 10 se suicidan porque se sienten excluidos de la sociedad. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, citada por la SEGOB y la PGR, informa que 28.6 millones de hogares registran violencia familiar, así como situaciones que lesionan la dignidad y los derechos fundamentales de sus integrantes.

Como ya se revisó con anterioridad, la violencia es un problema que enfrenta actualmente la salud pública mundial y de acuerdo a la OMS (2006), resulta una carga pesada para la prestación de servicios públicos como la atención sanitaria y la justicia penal, pues conlleva a costes económicos (el porcentaje de PIB perdido por delitos violentos en México en 1997 fue de 1,3%).

Como causante de homicidios, la violencia interpersonal es responsable de unos 520 000 fallecimientos anuales (lo que representa una tasa de 8.8 por 100 000 habitantes en la Región del Pacífico Occidental de la OMS). Además, de que por cada muerte hay muchas otras víctimas que necesitan tratamiento hospitalario y muchas más que quedan sin tratar y registrar por los organismos sanitarios o de justicia penal.

A parte de traumatismos físicos, originados por actos violentos, se han hecho estudios sobre los efectos de la violencia (OMS, 2006) y se ha descubierto que el maltrato tiene importantes repercusiones en la salud y el bienestar de las personas a corto y largo plazo y las secuelas persisten incluso mucho después de que la relación de maltrato haya terminado, estas pueden ser depresión, ansiedad y problemas de sueño. Incluso ya se han categorizado algunos síndromes asociados a la violencia, tales como: el Síndrome de la mujer maltratada, el Síndrome de indefensión aprendida, el Síndrome de Estocolmo y el Síndrome de estrés post-traumático.

Se ha revisado que las personas que viven en un ambiente violento, muchas veces lo llegan a justificar, a minimizar y a normalizar. Como mencionan Maldonado, I. et al. (2006), la violencia está naturalizada culturalmente, y por eso puede llegar a ser invisible. Sin embargo, el malestar se puede llegar a mostrar con síntomas de diversa índole incluyendo las afectaciones corporales.

A nivel personal nos interesa el tema, pues en diferentes etapas de nuestras vidas hemos sido testigos de que nuestro cuerpo ha manifestado lo que las palabras no han podido expresar.

Desde nuestra experiencia, hemos sufrido algunas manifestaciones físicas, tales como dermatitis atópica, ataques de asma y/o crisis de ansiedad, mismas que se han vinculado a experiencias familiares en donde ha habido violencia emocional y altos niveles de estrés. Personalmente, nos gustaría analizar si la enfermedad física puede ser un agente homeostático y de cambio para las familias que viven violencia y un medio para comunicarse verbal o analógicamente emociones que sin la enfermedad física no sería posible transmitir.

En nuestra experiencia clínica hemos notado en ocasiones que la enfermedad psicósomática es una forma de comunicación dentro de la familia con violencia para mantener la homeostasis y en ocasiones permiten devolver momentos de calma, tranquilidad y demostraciones de afecto al sistema. Así mismo, hemos observado que por otro lado, a veces es una petición al cambio, pues la enfermedad dentro de la familia puede ser un síntoma de malestar por la rigidez de las reglas que impide la evolución y crecimiento de ésta en los ciclos vitales de sus diferentes miembros.

En el periodo en el que hemos trabajado con la familia y desarrollado la presente tesina, hemos comenzado a corroborar lo que han escrito diferentes autores como Salvador Minuchin o Luigi Onnis acerca de las familias con trastornos psicósomáticos. Creemos que ahondar en el tema, nos permitirá comprender mejor la relación entre violencia familiar y enfermedad psicósomática.

Nos parece que la trascendencia social de los resultados de esta tesina beneficiarán a las personas que investiguen y trabajen tanto con pacientes que sufran violencia, como con aquéllos con enfermedades psicosomáticas, ya que si se logra comprender el papel homeostático y de cambio que la enfermedad ocupa dentro de la familia, también se podrá trabajar con la somatización que actualmente es la pauta que se repite en la interacción de sus miembros.

Objetivos

El objetivo general que deseamos lograr es que a través de esta tesina se podrá ampliar la investigación sobre la violencia familiar, la enfermedad psicosomática y la relación e influencia entre ambas, describiendo la manifestación de éstas dos como una respuesta homeostática a la dinámica familiar, así como dar a conocer si es posible que la violencia y la enfermedad se vayan dando paso una a la otra y si la violencia se contiene con la enfermedad en este contexto familiar.

Analizar si la aparición de diferentes enfermedades psicosomáticas, en los integrantes de esta familia, ha sido una pauta que permite que se expresen cuidados, ternura y afecto y si pone un alto momentáneo a las conductas de violencia, física y emocional, intrafamiliarmente.

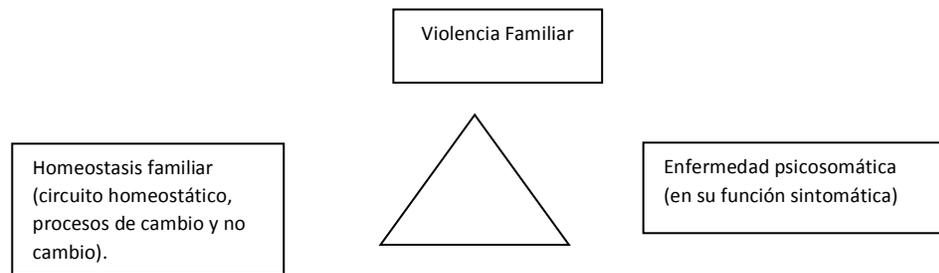
Los objetivos específicos serán:

- Describir el contexto específico en el que ésta familia se encuentra y cómo interactúa con los sistemas socioculturales y ambientales: familias de origen, escuela, trabajo, amistades, profesionales de la salud, grupo terapéutico, entre otros.
- Analizar los tipos de violencia que tiene esta familia.
- Revisar las creencias con respecto al género que imperan en la dinámica familiar.
- Registrar cómo es que el poder está organizando las pautas de violencia del sistema familiar y viceversa.

- Exponer las pautas transgeneracionales y el sistema de creencias existente dentro de la familia de origen y extensa.
- Analizar el impacto y las repercusiones de la violencia en los individuos y en la familia.

Después de haber expuesto nuestra justificación, objetivo general y objetivos específicos, nuestra pregunta principal de investigación se enfocará en indagar, ¿cuál es la relación entre violencia familiar y enfermedad psicosomática, como elementos autoreguladores de la homeostasis dentro de la familia?

Nuestro triángulo conceptual será:



I. MARCO TEÓRICO

I. MARCO TEÓRICO

1.1 Perspectivas Teóricas

Teoría General de los Sistemas

El paradigma que dominó por centenares de años en el mundo fue una visión del universo como un sistema mecánico compuesto de piezas, el cuerpo humano visto como una máquina y la vida en sociedad como una constante competencia y dentro de otras cosas, la lucha ilimitada por el crecimiento económico y tecnológico. Estas ideas se han visto cuestionadas desde la posguerra.

El nuevo paradigma se denominaría una visión holística del mundo, pues ve como un todo integrado más que una discontinua colección de partes. También podría llamarse una visión ecológica, en donde se reconoce la interdependencia fundamental entre todos los fenómenos y el hecho de que, individuos y sociedad estamos inmersos en los procesos cíclicos de la naturaleza (Capra, 1996.)

En la ciencia del siglo XX a la perspectiva holística se le ha denominado sistémica. Las principales características del pensamiento sistémico emergieron simultáneamente en diversas disciplinas durante la primera mitad del siglo, alrededor de los años veinte. Dicho pensamiento fue encabezado por biólogos, quienes integraron una visión de los seres vivos como totalidades integradas.

Posteriormente, el pensamiento sistémico se enriqueció por la psicología de la Gestalt y la nueva ciencia de la ecología que influyó dramáticamente en la física cuántica, en el reino de los átomos y partículas subatómicas.

La Teoría General de los Sistemas de Ludwing Von Bertalanffy fue publicada en 1968. De acuerdo con dicha teoría existen modelos, principios y leyes que es posible aplicar a sistemas generalizados y a sus subclases sin importar que sean de naturaleza física, biológica o sociológica. Por lo tanto la disciplina de la Teoría General de los Sistemas contiene principios universales aplicables a los sistemas en general. Como consecuencia de la existencia de propiedades generales en los sistemas, se da la aparición de similitudes estructurales o isomorfismos en

diferentes campos en los que hay correspondencia en los principios que rigen el comportamiento de dichos sistemas.

Así mismo, llamó a los organismos vivos, abiertos, pues para seguir vivos, necesitan alimentarse de un flujo continuo de materia y energía proveniente de su entorno. Originalmente, se planteó que a diferencia de los sistemas cerrados, que se instalan en un estado de equilibrio térmico, los abiertos se mantienen lejos del equilibrio en este estado estable, caracterizado por un continuo flujo y cambio, al que llamó equilibrio fluyente o dinámico. Bertalanffy también identificó las características del estado estable de los sistemas, con las del proceso del metabolismo, llevándole a postular la autorregulación como otra propiedad de los sistemas abiertos. (Bertalanffy, 1968.)

De acuerdo con Bertalanffy (2006), el concepto de regulación por retroalimentación es un proceso circular en el que parte de la salida es remitida de nuevo como información de entrada, haciendo así que el sistema se autorregule. La autorregulación se puede dar en el sentido de mantener ciertas variables o de alcanzar una meta u objetivo específico.

Es importante hacer un énfasis en que los sistemas de retroalimentación y control homeostático son un caso especial de sistemas autorreguladores y fenómenos de adaptación. Uno de los criterios que consideramos esenciales es que las líneas causales dentro del sistema de retroalimentación son lineales y unidireccionales pero el bucle de retroalimentación hace que la causalidad se convierta en circular.

Además de los conceptos descritos anteriormente, otra de las características de los sistemas que es muy importante en la Teoría General de los Sistemas, es el de totalidad. Esta idea nos dice que las características constitutivas de los sistemas, no son explicables a partir de las características de partes aisladas. De esta forma, las características del sistema, comparadas con los elementos de éste, aparecen como nuevas o emergentes. Sin embargo, el comportamiento del sistema es derivable a partir del comportamiento de las partes y el conocimiento de la relación entre ellas (Bertalanffy, 1968.)

Las características esenciales del pensamiento sistémico son:

- El cambio de las partes al todo. Los sistemas vivos son totalidades integradas, cuyas propiedades no pueden ser reducidas a las de sus partes más pequeñas. Y dichas propiedades emergen de cómo se organicen y relacionen dichas partes.
- Focalizar la atención alternativamente en distintos niveles sistémicos. En el mundo viviente nos encontramos con sistemas dentro de sistemas (por ejemplo, un individuo se encuentra en una familia y ésta en una sociedad).
- Las partes de los sistemas vivos no se pueden comprender desde sus propiedades intrínsecas, sino sólo desde el contexto del todo mayor.
- No hay partes en absoluto, sino patrones dentro de una inseparable red de relaciones.
- Se admite que todos los conceptos y teorías científicas son limitados y aproximados; es decir, que la ciencia no puede ofrecer una comprensión completa y definitiva.
- Cada estructura es vista como parte de un proceso, dicho aspecto procesal fue enfatizado por primera vez a finales de los años treinta por el biólogo austriaco Ludwing Von Bertalanffy.

Mientras este autor trabajaba en su teoría general de sistemas, otro campo de investigación, también nutrido de varias disciplinas (matemáticas, ingenierías, neurociencias y científicos sociales), surgía como un intento de desarrollar máquinas autoconducidas y autorreguladas. Norbert Wiener (citado en Capra, 1996), le llamó a esta nueva ciencia cibernética y la definió como la ciencia del control y comunicación en los seres vivos y en la máquina.

Los cibernéticos se concentraban en trabajar en patrones de comunicación (transferencia de información) principalmente en redes. A través de sus investigaciones explicaron conceptos tales como: reatrealimentación,

autorregulación y autoorganización. Estas ideas siguen influyendo en los conceptos sistémicos sobre los fenómenos mentales.

El antropólogo Gregory Bateson fue el pionero de la aplicación del pensamiento sistémico a la terapia de familia; sin embargo, se considera su mayor contribución a la ciencia y a la filosofía su concepto de mente, basado en principios cibernéticos, desarrollados durante los años sesenta.

Como cita Capra, este trabajo abrió la posibilidad de comprender a la mente como fenómeno sistémico y fue el primer intento exitoso de la ciencia en superar la división cartesiana de cuerpo y mente.

Los seguidores del trabajo de Bateson incorporaron al campo de la terapia familiar los conceptos de: círculo autorregulador y la homeostásis familiar, explicando que la familia con un paciente psiquiátrico es un sistema disfuncional (Kameguchi, 1999 citado en Yashiro, 2005.) Basándonos en dichos conceptos si un paciente esquizofrénico lograba una mejoría en su síntoma, algún otro miembro de la familia se enfermaba inmediatamente y se consideró que las familias con este tipo de pacientes tienen una organización que requiere un enfermo dentro de su dinámica para mantener el equilibrio interno. Esta idea es comparable a lo que se designa en cibernética como sistema homeostático y entonces el papel del terapeuta sería romper o cambiar dicho círculo.

La **cibernética**, fue un término acuñado por el matemático Norbert Wiener y tuvo que ver con el cambio de paradigma en la Física entre los años 40's y 50's, se define como "la ciencia de la comunicación y el control en el ser humano y en la máquina". La cibernética describía los ciclos de retroalimentación se tratara de máquinas o de animales y humanos.

En terapia familiar se utilizó esta metáfora para describir cómo un síntoma es parte de un ciclo homeostático que estabiliza a la familia. El terapeuta tiene la habilidad para interrumpir este ciclo y ayudar a que la familia reestablezca un equilibrio (Sluzki, 1987).

La **Primera Cibernética** (1950's) tuvo que ver con la observación de los mecanismos que mantienen la homeostasis en un sistema. Por ejemplo: cómo es que se mantiene la temperatura corporal en equilibrio; tanto por mecanismos externos como la ropa y bebidas; como por los internos como al temblar hacemos que fisiológicamente provoquemos calor o al sudar fisiológicamente se refresca el cuerpo.

Para la primera época de la **Terapia Familiar** (1950's), los terapeutas estaban pendientes de qué hacía que el sistema se quedara en estado de **homeostasis**; siendo por tanto un énfasis negentrópico que se refiere en términos generales al grado de orden u organización de los sistemas; en una familia pudiera mantenerse a través de reglas y mitos familiares (Sluzki, 1987).

La **Segunda Cibernética** (1960's) tiene que ver con la observación de los mecanismos que operan para que los sistemas tengan un cambio. Dicho cambio puede ser de primer o de segundo orden. Éstos últimos son aquellos que generan diferentes estructuras en las relaciones y funcionamiento del sistema. La Segunda Cibernética también repercutió sobre las prácticas en la **Terapia Familiar**, apareciendo intervenciones generadoras de crisis, movimientos desequilibrantes y actividades destinadas a desencadenar **cambios** cualitativos en las familias. ¿Qué mecanismos se podían utilizar para desatascar a las familias de mecanismos homeostáticos? (Sluzki, 1987).

Existe la **Cibernética de Primer y de Segundo orden**, la palabra orden se relaciona en cómo se ubica el observador; para la Cibernética de Primer Orden o "cibernética de los sistemas observados" el observador creía que era objetivo, que desde afuera podía determinar que es cambio y qué es homeostasis. Para la Cibernética de Segundo orden o "cibernética de los sistemas observantes", se considera que el observador es subjetivo pues observa los límites que él mismo acota; asimismo, es parte del sistema (Sluzki, 1987).

Homeostasis

Simon, et. al (2002), definen homeostasis como “el estado interno relativamente constante de un sistema que se mantiene mediante la autorregulación” (pp 188).

De acuerdo a estos autores, este concepto fue introducido en la fisiología en 1932, por Walter B. Cannon, para explicar la constancia relativa de ciertas dimensiones fisiológicas; como por ejemplo, cómo la temperatura del cuerpo de los mamíferos se mantiene constante, aún con la temperatura cambiante del ambiente externo.

Es decir, que los seres vivos intercambiamos información con el mundo exterior y tenemos la capacidad de hacer una actividad compensatoria para neutralizar o reparar la perturbación. Estos mecanismos autorregulatorios nos ayudan a mantener una condición constante en los procesos físico-químicos del cuerpo, a lo que se ha llamado homeostasis. Este término, no significa algo fijo, estancado e inmóvil; sino que es un proceso complejo que implica un estado que puede variar, pero que es relativamente constante.

Ashby (1952, citado por Simon et al, 2002), amplió este concepto aplicándolo a los sistemas cibernéticos en general. Refiere que hay algunos sistemas que son capaces de compensar ciertos cambios del ambiente manteniendo a la vez, una estabilidad relativa en sus propias estructuras.

Jackson (1957, citado por Simon et al, 2002), fue el primero en aplicar el concepto de homeostasis a los sistemas familiares y a diferencia de Cannon, usó el término para describir mecanismos y sistemas patológicos que se caracterizaban por una excesiva rigidez, falta de flexibilidad y un potencial de desarrollo limitado. Consideró que las familias con un miembro esquizofrénico están bloqueadas en su desarrollo y se pueden mostrar como sistemas casi completamente cerrados, pues tienen límites impermeables que rechazan la información externa.

En estos sistemas, puede haber miembros que se encuentren en una situación paradójica, pues por una parte, la necesidad biológica misma exige su maduración; y por la otra, está atrapado en un sistema homeostático que mantiene rígidamente su estado de equilibrio.

El término de homeostasis, implica revisar el concepto de cambio, cuando se trata de aplicarlo a sistemas familiares. Se ha debatido si el concepto de homeostasis debe ser aplicado a la teoría y práctica de la terapia familiar, o si debe ser sustituido por otros como el concepto de ajuste o coherencia, propuesto por Dell, quien lo ha definido como: “una interdependencia congruente del funcionamiento de un sistema por el cual todos los aspectos de éste se corresponden” o “la conducta de un sistema siendo él mismo” (Simon et al, 2002 pp 71).

De acuerdo a Dell, los componentes de un sistema se van ajustando o complementando, para que éste pueda tener una estabilidad; la cual es dinámica y esto le permite adaptarse para seguir sobreviviendo. El irse ajustando a los cambios ambientales, permite que el sistema vaya coevolucionando (Simon, et. al, 2002.)

Los sistemas nunca se desarrollan en un ambiente estático: influyen en el ambiente y son factores determinantes que contribuyen a su evolución (Simon, et al., 2002 pp 68). Para un individuo, la familia representa el ecosistema coevolutivo; lo que implica que cada miembro va determinando las condiciones para el desarrollo de los demás. Y si se considera a la familia como una unidad, el medio sociocultural circundante constituye el ecosistema coevolutivo. Es decir que individuo, familia y medio social, representan un sistema de retroalimentación triple, complejo y estrechamente ligado. (Simon, et. al, 2002).

Los conceptos de homeostasis y cambio van de la mano. El concepto de morfogénesis, está asociado al de morfostasis. El primero se refiere a cambio estructural y el segundo a estabilidad estructural. Para que un sistema familiar funcione a largo plazo requiere que se adapte a las distintas exigencias, tanto internas, como externas y mantenga un continuo equilibrio entre morfogénesis y morfostasis.

Mayurama (citado por Simon, et. al, 2002), quien introdujo el concepto de morfogénesis, lo describe como un fenómeno por el cual una retroalimentación positiva de desviación-amplificación, puede inducir un cambio en el sistema. Cuando la capacidad de adaptación de un sistema es limitada, hablamos de una

rigidez estructural que está acompañada de un alto nivel de patología y conducta sintomática en los miembros.

Esto era acentuado en las primeras teorías de la terapia familiar, por lo que estimaban que la tarea fundamental era romper esas estructuras homeostáticas. Hoy en día se ha dado énfasis en que las familias disfuncionales también son capaces, mediante procesos de morfogénesis, de modificar solas sus estructuras; lo que ha modificado las estrategias de intervención terapéutica; ahora se orientan menos hacia la eliminación de los mecanismos morfostáticos considerados patológicos y más hacia el fortalecimiento de los mecanismos morfogenéticos.

Otro fenómeno importante en las familias es el de retroalimentación positiva, que habitualmente ha sido considerado desde el punto de vista de sus efectos destructivos sobre un sistema determinado.

Norbert Wiener lo analiza en función de mecanismos como los elementos de retroalimentación de control, observando que si se lleva el elemento de retroalimentación más allá de cierto punto óptimo, empezará a hacer correcciones excesivas, trazando arcos más y más vastos hasta que la oscilación haga que la maquinaria se descomponga. Según Hardin, todos los sistemas tienen una “meseta homeostática”, límites dentro de los cuales el sistema es autocorrector, pero más allá de la meseta homeostática, en cada uno de los extremos se encuentra la retroalimentación positiva o la destrucción (Hoffman, L., 1981.)

Ningún sistema vivo puede sobrevivir sin pauta o estructura. Por otra parte, demasiada estructura, o “negentropía” lo matará. Por ello siempre debe haber variedad para dar variabilidad adaptativa para enfrentarse al problema de trazar una nueva o más detallada variedad y freno en un medio cambiante. Los dos tipos de retroalimentación, la que favorece y la que inhibe el cambio, parecerían tener funciones opuestas.

La retroalimentación negativa es conservadora y promueve el statu quo, la positiva es radical y promueve el cambio en la estructura básica del sistema. No se sabe a ciencia cierta si la resultante cambiará o destruirá el sistema dado o sus

estructuras particulares. Mayurama indica que es posible tener rizos (loops) causales mutuos positivos o negativos, contrapesándose en cualquier situación dada (una serie de hechos causados mutuamente en que la influencia de cualquier elemento regresa a sí misma por medio de otros elementos) (Hoffman, L., 1981.).

Modelo Estructural

La terapia estructural de familia es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. La intención es modificar la organización de la familia, cambiando la estructura del grupo familiar y por lo tanto las experiencias de cada uno de los miembros de la familia. La terapia de familia se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado sino que es un miembro activo dentro de grupos sociales, ya que, la experiencia del hombre es determinada por su interacción con el medio.

De la misma forma el hombre es influido por su contexto social y también influye sobre éste. La familia es un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. (Minuchin, 1974, pag.20 y 21.)

La terapia Estructural se basa en tres axiomas:

1. La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste.
2. Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.
3. Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o su familia, su conducta se incluye en ese contexto. El terapeuta y la familia forman un nuevo sistema. (Minuchin, 1974, pag. 30 y 31.)

El enfoque Estructural de Salvador Minuchin tiene un método claro y una teoría consecuente con tal método. Sus métodos funcionan con problemas graves de la

niñez como lo demostró su investigación con familias de niños psicossomáticos. La familia apropiadamente organizada tendrá límites claramente marcados.

El subsistema marital tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos. El subsistema parental tendrá límites claros entre él y los niños pero no serán impenetrables para que los niños puedan acceder a los padres.

El subsistema de los hermanos tendrá también sus limitaciones y estará organizado jerárquicamente para que los niños tengan privilegios y tareas que estén de acuerdo con su edad y su cultura. La suposición desde este enfoque es que un síntoma es producto de un sistema familiar disfuncional y que si la organización familiar tiene mejores límites y jerarquías adecuadas, el síntoma desaparecerá. El modelo de Minuchin es lo suficientemente flexible para incluir familias de distintos niveles y culturas, respetando las costumbres específicas de cada una (Hoffman, 1981.)

Existen ciertas técnicas de acuerdo con la escuela Estructural como lo son cuestionar la estructura familiar (jerarquías y límites), revisar los subsistemas dentro de la familia y su funcionamiento y el destacar los lados fuertes.

Con respecto al cuestionamiento de la estructura familiar, el terapeuta hará un mapa de la familia en el que describa cómo es que están organizados con respecto a la cercanía que viven los distintos holones, la jerarquía que impera en la familia entre los diferentes miembros y subsistemas y las características de los límites que pueden ser difusos, claros o rígidos.

Este mapa pondrá así mismo de manifiesto las coaliciones, alianzas o conflictos que existan entre los individuos de la familia. Las técnicas de las que se dispone para esta estrategia son la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad. En la fijación de fronteras el terapeuta se propone cambiar las afiliaciones de los miembros de la familia a los diversos subsistemas o la distancia entre holones. En el desequilibramiento la meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema para modificar la estructura de poder dentro de la familia.

Enseñar la complementariedad que existe en una familia es poner énfasis en que todos los individuos del sistema familiar están relacionados y que el papel que cada uno de ellos desempeña es complementario al papel que desempeña el otro y por lo tanto responsable de su parte (Minuchin, S., 2009.)

El individuo, la familia nuclear, la familia extensa y la comunidad son un todo y una parte al mismo tiempo. La parte y el todo se contienen recíprocamente en un proceso. Dentro de la familia también existen subsistemas dentro del mismo sistema que deberían tener una función y un papel bien delimitado y distinto entre sí. Dentro de los subsistemas u holones que se describen en este enfoque terapéutico está el holón individual, el conyugal, el holón parental y el filial. Las familias viven en cambios constantes y muchas veces la adaptación a éstos es difícil y requiere de flexibilidad para pasar por ejemplo del holón individual, al conyugal ya que cada uno tiene características propias que es importante respetar (Minuchin, S., 2009.)

Con respecto a los lados fuertes, la escuela Estructural nos dice que cada individuo y familia tienen elementos que, si se los comprende y se los utiliza se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros. La idea de observar y expresarle a la familia o a los individuos sus lados fuertes es poner de relieve los rasgos que a veces pasan inadvertidos y que aseguran la supervivencia en este mundo complejo (Minuchin, S., 2009.)

Construccionismo Social

Hoffman (1985), considera que tanto constructivismo como construccionismo social tienen una base común respecto a que en ambas posturas se confronta la idea de que hay un mundo real que pueda conocerse con certeza objetiva. Sin embargo, los constructivistas promueven una imagen de sistema nervioso como máquina cerrada y los preceptos así como constructos toman forma en el encuentro del organismo con el ambiente.

La forma como capta el mundo cada sistema vivo está determinado por su estructura biológica, por las experiencias previas y por su capacidad de aprendizaje, nunca observamos la realidad tal cual es, sino que construimos un modelo que se ajuste a ella, a través de nuestro sistema cognoscitivo por medio del sistema nervioso central.

De manera contraria, los teóricos del construccionismo social consideran que las ideas y los conceptos surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje. Entonces, la forma como se construyen las realidades es por medio de un proceso social llamado consenso social. El construccionismo social surge de la Psicología Social en 1987, siendo uno de sus principales exponentes: Kenneth Gergen. El construccionismo social, pone mayor énfasis en la influencia intersubjetiva del lenguaje, la familia, así como la cultura, y menor en las operaciones que el sistema nervioso realiza (Hoffman, 1990).

Ambas posiciones, la constructivista y la construccionista social, tuvieron impacto en el campo de la terapia familiar. Con la visión constructivista, los terapeutas comenzaron a cuestionarse sobre la impredecibilidad del factor de cambio puesto que cada sistema es autónomo y solamente se le puede influenciar indirectamente, quizá a través de un proceso reflexivo generando nuevas o diversas informaciones (retroalimentación positiva).

Y con la visión socio-construccionista se comienza a pensar en los problemas como historias que las personas han convenido contarse a sí mismas, por lo que se hace un énfasis en recuperar nuevos significados o posibilidades en la vida de la gente. Los problemas así quedan disueltos y no resueltos. El método para construir nuevas realidades y recuperar significados no contados es la deconstrucción.

Hoffman (1990), explica que la teoría de la Construcción Social pone énfasis en la interpretación y en la influencia inter-subjetiva del lenguaje, de la familia y la cultura, y mucho menos énfasis en las operaciones que realiza el sistema nervioso.

Básicamente esta teoría sostiene que nuestras creencias respecto al mundo son invenciones sociales. Hoffman retoma a Gergen para explicar que un mapa del mundo no puede ser el reflejo del mismo, sino un artefacto de intercambio cultural. Al movernos en el mundo, vamos formando nuestras ideas al respecto, a través de conversar con otras personas. De este modo, la teoría de la construcción social considera que la forma en que desarrollamos el conocimiento es a partir de la comunicación. Al intercambiar con otros, podemos ir modificando los significados que le damos al mundo y así el flujo de nuestras narraciones está en un continuo cambio.

Los terapeutas familiares comienzan a interesarse en esta postura narrativa y se alejan de la metáfora biológica/cibernética que compara a la familia con un organismo o una máquina. Ahora el terapeuta piensa en los problemas como si fueran historias que las personas han convenido en contarse a sí mismas, incluso el “self” puede ser una historia.

Maldonado y Auron (2006), con fundamento en el construccionismo social, mencionan que quienes se alejan de lo que la cultura dicta y permite, son sancionados socialmente y que se construye un consenso sobre quién debe tener el poder, cómo se debe mandar, quién debe de obedecer, quienes ejercen la autoridad, y quién y cómo se puede expresar el afecto y la ternura.

La terapia narrativa enfatiza la idea de que le damos sentido a nuestras vidas y experiencias a través de los significados que hacemos de las mismas. Construimos historias de lo que vivimos, las cuales están íntimamente ligadas a los discursos sociales, culturales e históricos.

De este modo, nuestras historias no sólo nos representan o nos hacen entender los eventos cotidianos, sino que nos constituyen, moldeando nuestras vidas y relaciones. Así, las historias son transmitidas mediante el lenguaje y la interacción social dentro de un contexto socio- cultural e histórico dominante (White, 1993).

White (1993), considera que las historias no deben de ser narradas una y otra vez, sino reconstruidas. Para este autor, no sólo no hay historias neutrales, sino

tampoco una escucha neutral de las mismas. También hace énfasis en que terapeuta y cliente, deben de hacer una coautoría de historias menos opresivas.

Para la terapia narrativa, es importante resistirse a la idea de que el individuo tiene una esencia como tal; ya que considera que la identidad son historias que se construyen sobre uno mismo. La postura es ir en contra de construcciones binarias que reducen nuestro entendimiento de los problemas de las personas, por ejemplo: blanco/negro, masculino/femenino, heterosexual/homosexual, cuerpo/mente, self/sociedad.

El trabajo de Gregory Bateson ha influido a la terapia narrativa, pues enfatizó que las ciencias sociales utilizan un método interpretativo para conocer la realidad, por lo que no puede conocerse de manera objetiva. White retoma esto y dice que como no podemos tener un conocimiento directo del mundo, la terapia narrativa se centra en las experiencias vividas, el significado que le atribuimos a las mismas y cómo esto hace que a su vez le demos un sentido a nuestras vidas.

White retomó a su vez la idea del antropólogo Geertz respecto a buscar descripciones más gruesas en las conversaciones terapéuticas que contribuyan a que la persona tenga historias que le ofrezcan otras posibilidades de reconstruir su identidad. La idea sería que así como somos creados por lo social, también podemos crear lo social; creamos nuestras historias y somos creados por las mismas (White, 1993.)

Las historias no son estáticas, sino que se mantienen activas, cuando escribimos nuevas historias de nuestras vidas, podemos vivirlas. Si mantenemos vivas historias de opresión, podemos sentirnos miserables e infelices. Por tanto, no solo somos producto de nuestra cultura, sino que podemos ser co creadores de nosotros mismos a través de la creación de nuestras historias y de nuestra cultura. Esto implica mayor autonomía en el sentido de que podemos tener mayor posibilidad de tener la libertad para escoger cómo vivir nuestras vidas.

La terapia centrada en la narrativa se desarrolló en el campo de la terapia familiar en los años 80's y es respaldada en el Construccionismo social. Propone que los

pacientes describen sus vidas de una manera que los puede limitar para desarrollar nuevas formas de desenvolverse en su medio. Por lo que desde esta perspectiva la psicoterapia es el proceso de ayudar a que modifiquen su discurso habitual, en ocasiones problemático y explorar otro que les permita un rango más amplio de interacciones (Maldonado 1997).

De este modo, la perspectiva narrativa considera que la identidad no es una entidad estática, sino una narrativa. Al individuo se le considera en un contexto y no como una entidad intrapsíquica aislada. Los aportes centrados en narrativa de Cecchin, Hoffman, Anderson, Anderse, Goolishan, Penn, Sluzki y White, entre otros (citados en Maldonado 1997), proponen que:

- Se pasa de verdades universales a pluralidad de ideas acerca del mundo.
- Se pasa del acento puesto en la homeostasis, al del sistema social generativo y a los estados de desequilibrio como productivos y normales (cosa que ya es retomada en la Segunda Cibernética en los 60's).
- Se conceptualiza a las familias como sistemas sociales que le dan sentido y organizan problemas, mismos que son mediados por el lenguaje.
- Pacientes y terapeutas comparten más la responsabilidad en los procesos, por lo que se pasa de un modelo jerárquico a uno más lateral.
- La familia es una entidad flexible compuesta por personas que comparten significados, por lo que la narrativa es grupal y está determinada por el contexto socio-cultural y político.
- Las terapias de segundo orden en donde el terapeuta se incluye al sistema terapéutico, proponen no ver a la familia como máquina homeostática, sino como autónoma que responde a las perturbaciones según su propia estructura. No puede entonces, ser una máquina que se pueda programar desde afuera.

- Las terapias de segundo orden rechazan la imagen del terapeuta que fuerza, insiste e instruye y utilizan la conversación como herramienta fundamental, en donde terapeuta y familia constituyen un sistema de mutua influencia.
- En los 80's se va pasando de cambiar familias a modificar premisas familiares o sistemas de significado.
- Hoffman (citada en Maldonado, 1997), sugiere que para decidir si recurrimos a terapias de primer orden o de segundo orden, debemos considerar si hay necesidad de funcionar como control social por ejemplo en casos de alto riesgo como: violencia o crisis severas después de desastres naturales. Y por el contrario, cuando no hay tal riesgo en la familia y se interviene con un enfoque de primer orden no se permitirá que el sistema desarrolle sus propios mecanismos de autorregulación.

Preguntas Circulares

De acuerdo con Tomm (citado en Velasco y Sinibaldi, 2001), una de las formas efectivas en terapia, de lograr modificaciones en las familias es a través de preguntas de intervención, las cuales pueden ser de dos tipos: lineales y circulares. Las primeras tienen el objetivo de que el terapeuta obtenga información acerca del funcionamiento familiar, además de cómo se percibe y describe el problema que afecta a la familia en ese momento. Las segundas, tienen el objetivo de generar información nueva y están diseñadas para producir modificaciones en la dimensión cognitiva, afectiva y/o conductual del sistema.

A través de cuestionamientos, es probable que los individuos comiencen a contemplar sus conflictos desde una óptica diferente y, en consecuencia encontrar nuevas soluciones.

Karl Tomm (1988), es uno de los terapeutas que retoma la visión constructivista y su manera de intervenir es a través de preguntas. Considera que las preguntas tienen ciertos beneficios como:

- Que la conversación se centre en torno al paciente.

- Que los pacientes se comprometan en la conversación y ellos mismos puedan plantear frases en forma de afirmaciones.
- Que los pacientes puedan pensar por sí mismos acerca de sus problemas; es decir, que puedan reflexionar y así poder construir una nueva realidad.

Tomm (1988) plantea 4 tipos de preguntas y apunta que es importante diferenciarlas para facilitar la toma de decisiones, la evaluación del terapeuta sobre el proceso terapéutico, la evaluación de las reacciones de la familia, el que las personas puedan asumir la responsabilidad y tener una mayor consciencia sobre el efecto de sus propios actos en el otro.

Los tipos de preguntas son:

- Lineales. Tienen como objetivo orientar al terapeuta sobre situaciones del paciente. Su intención es investigar, como si se fuera un detective. La postura del terapeuta sería determinar la causa específica del problema. Uno de los posibles riesgos sería el validar creencias preexistentes y activar actitudes de juicio.
- Circulares. Su objetivo es orientar al terapeuta sobre situaciones del paciente. Su intención es explorar y buscar nuevos descubrimientos. La postura del terapeuta es buscar patrones que vinculan personas, objetos, percepciones, ideas, etc. Dentro de los riesgos podría ser que la indagación parezca irrelevante a las necesidades e intereses inmediatos de la familia.
- Estratégicas. Su objetivo es influenciar al paciente de manera específica. La intención es correctiva puesto que el terapeuta funciona como un instructor que encuentra errores e indica lo que se debe hacer. La postura del terapeuta es influenciar al paciente a pensar o hacer lo que el terapeuta considera lo más saludable o correcto. Dentro de los posibles riesgos sería que el paciente se sienta manipulado, actuando de acuerdo a la postura del terapeuta.
- Reflexivas. Su objetivo es influenciar al paciente de manera indirecta o general. La intención es facilitar y animar a los miembros a ser autónomos. El

terapeuta se esfuerza por interactuar de una manera que abra espacio en el que la familia vea nuevos significados, nuevos comportamientos, nuevas relaciones, etc. y evolucione más libremente. El terapeuta tendrá que ser creativo para hacer preguntas y si algunas no funcionan, optar por otras.

Karl Tomm (1987) sugiere que todo lo que un entrevistador hace y dice, y no hace y no dice, es considerado como una intervención que podría ser terapéutica, no terapéutica o contraterapéutica. El efecto real de cualquier intervención en particular está determinado por el paciente y no por el terapeuta.

Esto debido a que los oyentes escuchan y experimentan sólo aquello que son capaces de escuchar y experimentar. Entonces, los efectos reales son siempre impredecibles y el terapeuta deberá de monitorear constantemente las reacciones inmediatas de los miembros de la familia y de sí mismo, además de revisar las hipótesis conforme las sesiones se van desarrollando. El hacer distinciones en las preguntas puede permitir que los terapeutas escojan las que sean más susceptibles para guiar la entrevista y convertirla en una conversación curativa.

Psicoeducación

“La psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. A menudo, el entrenamiento psicoeducativo involucra a los pacientes con esquizofrenia, depresión, ansiedad, psicosis, desórdenes alimenticios y trastornos de personalidad. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física.

También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, cuanto

mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.” (<http://wikipedia.org> 23 de octubre 2014)

“Debido a que, con frecuencia, es difícil para los miembros de la familia y para el paciente aceptar el diagnóstico del mismo, la psicoeducación también tiene la función de contribuir a la no estigmatización de los trastornos psicológicos y a disminuir las barreras para el tratamiento. La psicoeducación, a través de una opinión mejorada de las causas y efectos de la enfermedad, a menudo ensancha el punto de vista del paciente acerca de su enfermedad y este mayor entendimiento puede afectar al paciente de manera positiva. De esta manera se disminuye el riesgo de recaída. Los pacientes y los miembros de la familia que están mejor informados sobre la enfermedad se sienten menos impotentes.” (<http://wikipedia.org> 23 de octubre 2014)

De acuerdo a los tipos de psicoeducación, puede ser individual, grupal, familiar, incluir solo a los pacientes, realizarse en un entorno clínico o en el hogar; tener una duración de días hasta años. Implica una gran variedad de enfoques, desde aquellos que enfatizan la entrega de información a aquellas que privilegian el apoyo mutuo o la resolución de problemas.

La psicoeducación se maneja con herramientas el cual el principal es uno mismo; otras herramientas utilizadas son el PAD (Potencial de Adaptación), el PEX (Potencial Experiencial), los esquemas relacionales (consideración, seguridad, confianza, disponibilidad, congruencia y la empatía) (<http://wikipedia.org> 23 de octubre 2014)

Builes y Correa (2006) en su artículo: “La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental”, llevan a cabo un tejido entre la psicoeducación y la posmodernidad. Empiezan retomando a Lyotard para definirla como el fin de los grandes relatos.

La modernidad, y particularmente la Ilustración, esperaron que la razón, la ciencia y la tecnología logaran la emancipación de la humanidad, la libertad, la igualdad de todos los seres humanos y la fundamentación última de la vida.

Estos ideales, estos relatos, no sólo no se han logrado, sino que fracasaron definitivamente, según Lyotard. También citan a Vattimo para explicar cómo la posmodernidad ha sido el fin de la fundamentación del Conocimiento, la Verdad y la Historia (39), todos con mayúscula, lo que indica que el conocimiento como representación acertada de la verdad absoluta ha fracasado, porque no hay verdad absoluta idea ésta que se comenzó a gestar justo en la modernidad y se consolidó en la posmodernidad. Sucede lo propio con el fin de la historia, lo que concuerda con la idea foucaultiana acerca de la imposibilidad de una historia lisa, común para todos los hombres.

La enfermedad no existe como idea, como verdad en sí más allá de la experiencia que el sujeto, su familia y la sociedad tienen de ella. Una de las primeras consecuencias para el abordaje psicoeducativo consiste en verificar que el proceso salud-enfermedad debe tener en cuenta el mundo de significados y creencias construidos por el enfermo mental, su familia y el equipo de salud a su cargo. Es decir, la enfermedad mental es lo que el enfermo, su entorno (la familia) y el equipo de salud significan de ella. Según Kleinman (citado por Builes y Correa, 2006), la enfermedad tiene tres niveles de significados:

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

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

familia, el enfermo y el equipo de salud tejen conducen la relación que los actores sostienen con la enfermedad. En el proceso psicoeducativo son sujetos narrativos y que, independiente del lugar desde donde se intervenga, la psicoeducación buscará promover nuevas conversaciones y significados (Builes, M. y Corea, M. 2006).

1.2 Definición y tipos de violencia

La primera definición que nos parece apropiado abordar sería la de violencia que de acuerdo con la OMS se define como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (2002).

Otra definición que se utiliza en la actualidad es la violencia contra la mujer, la que se refiere a: “cualquier acto de violencia de género que resulte, o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo las amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de la libertad, que ocurran ya sea en la vida pública o privada.” La violencia de género es importante para comprender los actos de violencia que se ejercen contra las mujeres en diferentes ámbitos de su vida. Lo que la distingue de otras formas de violencia es que se refiere a todo el abuso que las mujeres y las niñas reciben por el simple hecho de pertenecer al sexo femenino (Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, adoptada por las Naciones Unidas en 1993, citado en Fawcett, G., et. Al, 1999, p. 18.)

Por violencia familiar se entiende el “uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia en contra de otro integrante de la misma, que atenta contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones; siempre y cuando el agresor y agredido habiten en el mismo domicilio y exista una

relación de parentesco, matrimonio o concubinato” (Diario Oficial de la Federación, 30 de diciembre de 1997, p.3, citado en Fawcett, G., et. Al, 1999, p. 18.)

De acuerdo a la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2013), los tipos de violencia son:

Violencia psicológica. Cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

Violencia física. Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas o ambas.

Violencia patrimonial. Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.

Violencia económica. Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.

Violencia sexual. Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía sobre el otro, al denigrarlo y concebirlo como objeto.

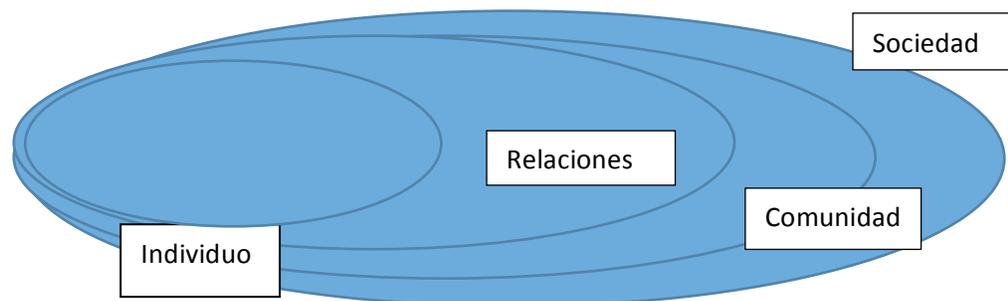
Cualquiera de otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad del otro.

Como conclusión a las definiciones anteriores, se puede decir que la violencia es una conducta aprendida que surge a raíz de inequidades sociales, e implica el uso de la fuerza para causar daño físico, sexual, o psicológico a quien la recibe. Es un acto u omisión intencional ya que está dirigida con el objetivo de dominar o controlar al otro.

Ya que la violencia es un fenómeno muy complejo, se requiere comprenderlo desde el contexto temporal, histórico, situacional, cultural, social y familiar. Existen tres lentes centrales para abordar la violencia desde el enfoque sistémico son **el género, el poder y el sistema de creencias** y a estos conceptos se le llama ecosistema (Aurón y Maldonado, 1999 pag. 237.)

El Informe mundial sobre la violencia y la salud recurre a un Modelo Ecológico para intentar comprender la naturaleza de la violencia. Su principal utilidad es que ayuda a distinguir entre los innumerables factores que influyen en ésta y proporciona un marco para comprender cómo interactúan (Organización Mundial de la Salud, 2002, pag. 11.)

Modelo ecológico



Enfoque de Género

El género es una categoría analítica que cruza transversalmente toda la estructura. La diferencia sexual y su construcción social, permean todo el cuadro institucional y normativo de las sociedades modernas. Todas las relaciones económicas, políticas y simbólicas que regulan los intercambios entre los individuos están modeladas por las jerarquías de género que se expresan en la desigualdad social, económica y política entre mujeres y hombres y entre grupos de mujeres y de hombres. La categoría de género permite comprender las complejas construcciones sociales cargadas de significación que proyectan los discursos y las reglas de las sociedades (Incháustegui y Ugalde, 2004.)

Nos parece importante hacer una distinción acerca del significado de sexo y el de género. El sexo son las diferencias biológicas que nos caracterizan como hombres y como mujeres y que traemos de nacimiento. El género es la forma en que nos construimos social y culturalmente a partir de la diferencia entre cada uno de los sexos. Es el conjunto de ideas, creencias, normas, leyes y atributos sociales construidos en cada cultura y momento histórico y que toman como base las diferencias sexuales. A partir de lo mencionado anteriormente se construyen los conceptos de masculinidad y feminidad que van determinando las relaciones entre hombres y mujeres (Incháustegui, 2009.)

La perspectiva de género de acuerdo con la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia (2013), es una visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres. Se propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas. Promueve la igualdad entre los géneros a través de la equidad, el adelanto y el bienestar de las mujeres; contribuye a construir una sociedad en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, la igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos y a la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones.

El enfoque de género considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos

papeles que socialmente se les asignan y todo lo anterior influye en el logro de metas, políticas y planes de organismos nacionales e internacionales y por lo tanto en el proceso de desarrollo de la sociedad (www.fao.org/docrep/004, consultado el 17 de octubre de 2014)

También nos parece importante mencionar el empoderamiento a las mujeres que es el proceso por el cual transitan de cualquier situación de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión a un estado de conciencia, autodeterminación, y autonomía, el cual se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertades.

Violencia de género

Castro (2004), cita que en la década de los setentas hubo un movimiento feminista que impulsó la conciencia sobre la desigualdad de género y sobre la violencia contra las mujeres. Se cuestionaron cómo este problema fuera vivido por las mujeres agredidas como un asunto personal y privado; descubrieron que la dominación sobre las mujeres es un fenómeno social que se apoya, entre otras cosas, en normas, valores y refranes populares, que dificultan que el tema de la violencia sea llevado fuera del propio hogar.

Sin embargo, es una realidad de orden público por la frecuencia con la que se presenta y porque sus consecuencias afectan a la sociedad entera. Veamos a continuación algunas estadísticas en nuestro país, México.

Al año, 38 mil 920 mujeres mueren como consecuencia de algún tipo de violencia. La entidad con mayor prevalencia de agresiones de pareja es el Estado de México, seguida por el Distrito Federal, Chihuahua y Sonora. De acuerdo a los resultados de la más reciente Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 63% de las mujeres a partir de los 15 años ha sufrido al menos un tipo de violencia.

Las agresiones se presentan en distintos grados: emocional, físico, sexual, económico, patrimonial y como discriminación laboral. Los agresores no sólo son

las parejas, sino también familiares, compañeros de escuela o del trabajo, alguna autoridad escolar o laboral, personas conocidas o extrañas. La encuesta revela que la violencia sexual ha sido experimentada por poco más de un tercio de todas las mujeres mexicanas, equivalente al 35.4%, particularmente la ejercida por agresores diferentes a la pareja (Publimetro, 25 de noviembre del 2014).

Este periódico, un día después del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la mujer, revela que las mujeres que se encuentran más expuestas a la violencia son las mujeres entre 20 y 39 años de edad. Así mismo, las condiciones y edad en la que las mujeres se casan o unen en pareja por primera vez, así como el número de uniones, son elementos importantes que afectan, en alguna medida el desarrollo de la vida de las mujeres. La violencia alcanza a un tercio de quienes sostienen una relación y llega a 40% entre quienes la tuvieron.

En cuanto a agresiones recibidas por personas diferentes a las parejas, los números basados en la encuesta de 2011 apuntan que en un 67.9% de los casos referentes a violencia sexual son sin violencia física. Mientras que una cuarta parte mencionó que fue acosada sexualmente al haber recibido insinuaciones o propuestas para tener relaciones sexuales a cambio de algo o bien que tomaron represalias en su contra por haberse negado a esta proposición.

Sobre casos de violencia física, los agresores fueron en su mayoría amigos, parientes o conocidos, y en menor proporción compañeros de trabajo o de la escuela. En el país, 12 de cada 100 muertes son por causas no naturales, es decir, por accidentes, agresiones intencionales y autoinflingidas. Entre 2008 y 2011, hubo un incremento en los homicidios totales; 6.7% de las mujeres asesinadas eran niñas que tenían entre cero y 14 años (Publimetro, 25 de noviembre del 2014).

Castro (2004), añade que si para muchas mujeres constituye una regularidad que en el ámbito de la vida personal se experimente violencia por parte de la pareja, es preciso buscar en los arreglos sociales y políticos, las causas y soluciones a este problema. A partir de los setenta las Ciencias Sociales comenzaron a volver su

mirada a la agenda feminista, acuñaron dos conceptos claves para explicar la desigualdad entre hombre y mujeres: patriarcado y género.

El primero es un concepto que se refiere a esas formas de desigualdad social caracterizadas por la opresión de las mujeres en beneficio de los hombres, y que se fundan en un sistema de sexo/género determinado. El concepto de género, se refiere al conjunto de significados y prácticas socialmente construidos que se basan en el valor que las sociedades asignan a lo masculino y lo femenino; así mismo el género alude a la manera en que las identidades de hombres y mujeres se construyen en la sociedad.

El término sexo se liga mucho más a las características biológicas y reproductivas que distinguen a los integrantes femeninos y masculinos de una especie. Estas diferencias, en primer lugar, en el ámbito de lo biológico, son el referente a partir de la cual las sociedades construyen un universo simbólico de la diferencia sexual, que a su vez es estructurante del comportamiento de los individuos en la sociedad y de las desigualdades, en términos de privilegios y derechos que existen entre hombres y mujeres.

La violencia contra las mujeres se entiende mejor si se le analiza desde una perspectiva de género, es decir, desde un enfoque que parta de cuestionar la desigualdad social entre hombres y mujeres buscando en ésta las causas fundamentales del problema (Bedregal, et. al, citados en Castro, 2004).

Violencia de género sería de acuerdo a lo que menciona Castro, el conjunto de creencias y normas que nos llevan a pensar que las mujeres poseen un status inferior al de los hombres y que están subordinadas a ellos. En 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas definió la violencia contra las mujeres como: “todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (Castro, 2004, pp 40)

Poder y violencia

De acuerdo con Foucault (1967), las relaciones de poder impregnan nuestra historia, nuestro presente y también el futuro. La relación de poder se da entre dos personas o grupos en donde las acciones de unos ejerzan acción sobre las acciones presentes o futuras de otros. Estas relaciones aparecen en todos los ámbitos de nuestra vida como espacios de trabajo, en el espacio familiar, en la pareja, etc., generando tensiones. La microfísica del poder, estudia los actos pequeños, vulgares o mezquinos de la vida cotidiana que constituyen una compleja red de relaciones que tiñen lo social. Entre las dos personas o grupos con la relación de poder, siempre habrá uno que intente escapar de dicha relación, ya que no existe poder sin resistencia y ésta puede ser consciente o inconsciente.

El sujeto de hoy se rebela contra el cúmulo de acciones que son dirigidas desde su nacimiento hasta su muerte a que su conducta y sus acciones y su forma de ser sean las esperadas para entrar dentro del parámetro de los “normales.” Con la idea de conocer el comportamiento, se han creado diferentes poderes como lo son el de la familia, la psiquiatría, medicina, etc. A un nivel micro, el poder se ejerce por el padre o la madre en el seno de la familia, por lo tanto, el poder, no solo reprime sino que también induce, seduce, facilita, dificulta, amplía, limita o prohíbe.

Enfocándonos específicamente en la familia, siempre habrá relaciones de poder en las que se ejerce acción sobre las acciones de otros y también habrá resistencia por parte de los integrantes sometidos a dicho poder. Esta relación puede tener violencia y cuando es utilizada deja de ser una relación de poder para transformarse en una relación de violencia. Y como ya se mencionó anteriormente, en algunas ocasiones como es el caso de la familia retomada en esta tesina, se llega a la violencia, tornándose en una relación de poder y de violencia.

El patriarcado se define como el privilegio del hombre con respecto de la mujer. Las personas definidas socialmente como inferiores y con menor poder deben prestar sus servicios a sus superiores. Se les bloquea el acceso a las tareas de responsabilidad, remuneración y prestigio. De tal forma a la mujer no se le permite

hacer “cosas de hombres” o tomar ciertas decisiones o participar en determinadas actividades “masculinas”.

El hombre se considera el jefe de la familia y puede decidir sobre su esposa y sus hijos y sus empleados. La mujer queda sometida al poder de su padre, que luego es traspasado al marido. Históricamente, el patriarcado tiene claros comienzos en el año 509 antes de Cristo, al final de la monarquía romana; momento en el que se constituyó la familia alrededor de la autoridad absoluta del varón, consagrando su derecho patriarcal y su dominio sobre el orden privado (Ferreira, G., 1992.)

Familia y violencia

En cuanto a la violencia en el ámbito familiar, la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2013), la define como el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho.

La familia, es una institución depositaria de violencia en sus múltiples formas, la vive, la reproduce, la genera y la sufre. Sin embargo, como sistema puede encontrar nuevas formas para hacer frente a sus problemáticas, que sustituyan las interacciones violentas (Maldonado y Aurón, 2006).

“Intervenir sistémicamente sería atender los circuitos retroalimentadores que aparecen como “causa” inmediata de las escaladas de violencia, así como el proceso relacional entre la pareja, la familia extensa y otros servicios sociales que constituyen el sistema que puede mantener al problema” (Maldonado y Aurón, 2006).

Maldonado y Auron (1999), refieren que una mirada fundamental para atender casos de violencia familiar es la teoría de sistemas, misma que hace énfasis en los conceptos de totalidad y ecosistema. .

Estos autores también retoman que la Teoría General de Sistemas ha recibido críticas en la aproximación a la problemática social de la violencia. Sin embargo, una lectura dialéctica toma en cuenta la ideología y el sistema de creencias, así como el concepto de jerarquía para distinguir la diferencia entre la responsabilidad del abusador y el abusado, en cuanto a que existe un desequilibrio de poder entre los mismos.

Pautas transgeneracionales y sistemas de creencias

Los sistemas de creencias se transmiten de generación en generación y tienen gran impacto en la forma de relacionarse de cada familia; así cada una tendrá sus propias reglas, tanto implícitas, como explícitas. A todo esto se le conoce como proceso de transmisión transgeneracional. En cuanto al tema de la violencia, se ha visto que en la mayoría de los casos se repite dentro de las familias a lo largo de generaciones. (Maldonado y equipo CAVIDA, 2012.)

De acuerdo con Boszormenyi-Nagy y Spark (1973), el comportamiento de la familia no puede entenderse de forma adecuada si no se tiene en cuenta su historia. Los legados y las pautas de adaptación que se repiten de generación en generación son los que dan forma a mitos, creencias y expectativas. Para el trabajo con dichas familias es importante tener un modelo multigeneracional de ciclo de vida que integre los legados y los temas relacionados con la enfermedad (ciclo de vida de la enfermedad, del individuo y de la familia) ya que será útil para la evaluación de la situación y la intervención. (Rolland, John, 2000).

Boszormenyi-Nagy, habla de un libro de cuentas de la familia en el que existe un sistema multigeneracional de obligaciones y deudas que deben pagarse tarde o temprano. Sin importar en qué momento de la historia ocurrió una injusticia, en el futuro habrá una tendencia a pagar la retribución y no necesariamente por el deudor original. De acuerdo con Nagy, los problemas surgen cuando la justicia es lenta o insuficiente y en este momento se da lo que llama la cadena de las retribuciones desplazadas. Uno de los síntomas puede ser que existe una acumulación de injusticias (Boszormenyi-Nagy, 1973, citado en Hoffman, 1981.)

Dicho autor indica que dichas pautas puede ejercer una profunda función al sostener a la familia. Observa a la familia como un grupo atrapado en una red de obligaciones, que se vuelve cada vez más densa para evitar daño a la familia o a sus miembros. De esta forma el interés individual se sacrifica por la supervivencia del grupo. El sacrificio de un hijo que está apegado simbióticamente a una madre que a su vez estuvo privada emocionalmente es una manera de saldar esa vieja cuenta.

También puede ser una forma en que un hijo de padres violentos lleve su amargura no expresada hacia ellos a su matrimonio, conservando la lealtad a expensas de su matrimonio. Este complejo sistema de contabilidad no es negativo si se equilibra y si las obligaciones no están rígidamente congeladas que no se permita un orden más justo (Hoffman 1981).

El enfoque terapéutico dice que debe analizarse la cadena de injusticias que condujo al síntoma particular en el presente. De esta forma la familia podrá ver que son las propias víctimas y que la manera en la que actúan es dictada por injusticias previamente cometidas a ellos. El hecho de hacerse conscientes de esto no les da permiso a las víctimas de buscar venganza ya que el perdón es la clave de esta terapia que funciona bien cuando se contiene el proceso del daño transgeneracional (Hoffman 1981).

Parte de la labor terapéutica propuesta por el Centro de Atención a la Violencia Doméstica del Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (CAVIDA-ILEF), consiste en abordar y enfrentar estos sistemas de creencias que llegan a sustentar la violencia. Este equipo terapéutico se apoya en las premisas planteadas por el construccionismo social, que como ya hemos mencionado anteriormente, sugieren que lo que el sujeto conoce no es una realidad objetiva, sino que la realidad es construida a través del lenguaje y de cómo nos relacionemos en los diferentes contextos con los que interactuamos; entonces, puede ser negociada y cuestionada. Las creencias y los significados pueden cambiar dependiendo de nuestro contexto social. (Maldonado y Equipo CAVIDA, 2012, p. 13.)

Así, la forma en que se deben comportar las personas es dictada por una cultura, y quienes se llegan a alejar de lo que se permite, son sancionados socialmente. De igual modo, socialmente se construye un consenso sobre quién debe tener el poder, cómo se debe mandar, quién debe obedecer, quién puede expresar ternura y afecto. El construccionismo social cuestiona estas ideas básicas sobre quiénes somos y por lo tanto se opone a que haya una identidad verdadera que permanezca inmutable (Ibid. p. 13 y 14).

Al proceso de identificar y cuestionar, individual y familiarmente, las premisas que sustentan una serie de hábitos de relación, se le llama deconstrucción. Al proceso de integrar nuevas historias y miradas de la identidad de las personas y de su modo de relacionarse, se le llama co-construcción y se lleva a cabo a través de un trabajo colaborativo, entre dos sujetos o más. (Ibid. p. 13 y 14).

Ciclo de la violencia

El ciclo de la violencia propuesto por Walker. L. (1979), tiene tres fases, en una de éstas la tensión se empieza a acumular por los conflictos no resueltos, posteriormente se pasa a otra en donde explota la violencia, después se puede venir una etapa de **distanciamiento** entre la pareja o miembros involucrados y luego puede venir la **reconciliación** o “luna de miel”, en donde el agresor se arrepiente, pide, perdón y hace promesas de cambio. Este momento supone un refuerzo positivo para que los que son violentados mantengan la relación que los une. Así, se fomenta la esperanza de que quien agrede puede llegar a cambiar. Con el tiempo, la fase de agresión se repite más a menudo o se está todo el tiempo entre la tensión y la agresión, sin apenas fase de conciliación. Lo anterior se puede representar en el siguiente esquema retomado en (http://trabajodelamujeractual.blogspot.mx/2009/11/leonore_walker.html):



Efectos de la violencia

Estudios realizados en América Latina y otras regiones del mundo, han mostrado a la violencia doméstica como un problema público que amenaza de manera importante la salud y bienestar de las personas. A partir de la Convención de Belem do Pará (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, 1994), varios países en Latinoamérica han llevado a cabo acciones para tipificar la violencia doméstica como un delito por el que se debe sancionar al agresor. En México, en 1996, el gobierno del Distrito Federal, promulgó la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, mientras que el gobierno federal aprobó las Reformas a los Códigos Civil y Penal de la República Mexicana en 1997. Estas acciones son un primer paso para prevenir y controlar la violencia dentro de las familias (Fawcett, G. et al, 1999).

Aun cuando la violencia contra la mujer ha sido reconocida como un asunto legítimo de derechos humanos, su tratamiento como asunto de salud pública ha sido insuficiente, desconociéndose los efectos tanto psicológicos, como físicos, en la salud de las mujeres y el impacto acumulativo que pueda tener la violencia a lo

largo de la vida. Existen reportes a nivel internacional, como el del Banco Mundial (Heixe et al, citado por Fawcett G. et al, 1999), en donde se informa lo siguiente:

- A nivel global, la carga a la salud que representan la violación y la violencia doméstica hacia las mujeres en edad reproductiva, es comparable con la carga que representan otros factores de riesgo y enfermedades, tales como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis, la sepsis durante el nacimiento, el cáncer y enfermedades cardiovasculares.
- En países industrializados, se calcula que el 19% del total de años de vida saludables perdidos por la población de mujeres en edad reproductiva, se debe a violaciones y violencia doméstica.
- La violencia doméstica, o la amenaza de ésta tiene implicaciones en la salud sexual y reproductiva de la mujer, pues limita su capacidad para prevenir embarazos no deseados y cuidarse de enfermedades de transmisión sexual (incluyendo el VIH), ya sea porque no pueden negarse a tener relaciones sexuales o porque es incapaz de pedirle a su pareja que use el condón.
- Aunque la violación y la violencia doméstica no son enfermedades en sí, pero si se consideran factores de riesgo para condiciones como VIH, aborto, depresión, desorden por estrés post-traumático, alcoholismo, drogadicción, etcétera.

De acuerdo a otros estudios relacionados con la prevalencia de casos de violencia doméstica, como el de McLeer y Anwar (citados en Fawcett G. et al, 1999) muestran que:

- El abuso físico es la causa más común de lesiones en la mujer; incluso ocasiona más consultas dicho abuso que la suma de accidentes automovilísticos, asaltos y violaciones.
- Se ha estudiado que sólo una de cada 25 mujeres maltratadas llega a reportar que sus lesiones físicas son productos de violencia doméstica; es decir, que pudieran acudir a instituciones de salud diciendo que el origen de sus lesiones fue por algún otra causa o accidente, y entonces la mayoría de las víctimas de

violencia pasan por los servicios de salud sin intervenciones dirigidas a detectar, prevenir y controlar esta situación. Mientras no se cuente con programas destinados a esto, es muy probable que las mujeres sigan siendo afectadas por enfermedades y trastornos que podrían haber sido evitados, y se continuará teniendo un exceso de consultas médicas que absorben importantes recursos de los presupuestos de las instituciones de salud; del sistema de justicia (agencias, ministerios públicos y policía); de los centros especializados para apoyar a las víctimas de violencia (por ejemplo refugios para víctimas y sus hijos-as); y otros como visitas de trabajadores (as) sociales, transporte y actividades de seguimiento del caso.

- El 75% de las mujeres violentadas que han pasado por instituciones de salud sigue sufriendo agresiones, lo que significa una tendencia de maltrato crónico.

El impacto sobre los hijos-as también es importante, puesto que al ser testigos de la violencia entre sus padres, les conlleva a consecuencias importantes, tanto a nivel personal, como social. De acuerdo a Heise (citados en Fawcett G. et al, 1999), algunas consecuencias personales que pudieran tener los menores son: exceso de sumisión y necesidad de apego, llanto excesivo, ansiedad, fobias, pesadillas, impulsos agresivos, problemas escolares y delincuencia, depresión, trastornos psicosomáticos como dolores de cabeza y estómago, diarrea, úlceras, asma y enuresis, desórdenes en la alimentación y el sueño, indiferencia, vida fantasiosa, automutilación e ideación suicida.

Fawcett G. et al (1999), han revisado informes que sugieren que a medida de que estos niños y niñas crecen, pasan de una etapa de simpatía y consideración por la madre violentada, a una hostilidad que aumenta y desemboca en agresión abierta hacia ella y/o hacia su padre, en tanto que comienzan a reproducir los patrones de conducta de los cuales son testigos. Otros hijos intentarán hacer frente al abusador para que no dañe a su madre y, por lo tanto, pueden salir lastimados. También pueden llegar a huir de sus casas, convirtiéndose en niños-as de la calle, con los riesgos que esta situación acarrea, incluyendo adicciones y prostitución.

Las relaciones de violencia llevan a las víctimas a la depresión, pues constantemente son lastimados-as y acaban creyendo que su vida ya no tiene alternativas. Se tiende a caer en un estado depresivo que paraliza a la persona para que pueda tomar acciones y lleva a percibir que su capacidad para escapar de la relación es algo nulo. A este estado se le conoce como desesperanza aprendida y los mecanismos que se utilizan son la minimización o negación de la violencia y disociación (Fawcett G. et al, 1999).

Sin embargo, Dutton y Schornstein (citados en Fawcett G. et al, 1999), sugieren que hay que romper con el estereotipo de que las mujeres violentadas que permanecen con el agresor responden con pasividad, puesto que muchas tratan de evitar situaciones que podrían alterar a la pareja, otras luchan en defensa propia y, algunas otras acaban matando a su agresor porque perciben que es la única salida que queda para acabar con la violencia. Quizá esto también se pueda aplicar a casos de hijos-as violentados por sus padres. A la estrategia activa de supervivencia de la víctima, ante los riesgos que implicaría tratar de separarse del agresor, a través de la cual se crea un vínculo con él, se le ha denominado Síndrome de Estocolmo.

“El maltrato tiene importantes repercusiones en la salud y el bienestar de las mujeres a corto y largo plazo y las secuelas persisten incluso después de que la relación de maltrato haya terminado. Así la mujer que ha sufrido maltrato puede presentar síntomas de sufrimiento mental tales como ansiedad, depresión, suicidio, trastorno de estrés postraumático, influencia en la subjetividad (desconfianza de sí misma y de los demás, sensación de desamparo...) abuso de alcohol, tranquilizantes u otras drogas así como un deterioro de su salud física que puede hacerle más vulnerable a la enfermedad”.

http://trabajodelamujeractual.blogspot.mx/2009/11/leonore_walker.html

Las estadísticas a nivel mundial, reflejan que la mujer es quien se encuentra en mayor amenaza en lo que se refiere a violencia doméstica; es por eso, que los estudios se han hecho más en mujeres maltratadas que en otra población como en los hijos-as. Sin embargo, no hay que olvidar que hay una relación entre

violencia y desequilibrio de poder y que como apunta Corsi (citado en Fawcett G. et al, 1999), la violencia implica la existencia de un superior y un inferior en la forma de roles complementarios: hombre-mujer, padre/madre-hijo(a), maestro(a)-alumno(a), médico(a)-enfermero(a), etcétera.

O sea, la existencia de jerarquías en las relaciones interpersonales, fomenta el ejercicio de la violencia de una persona con mayor poder o fuerza, hacia otra con menor poder o fuerza y por eso se considera la violencia como sinónimo de un abuso de poder.

Landenburger (citado por Fawcett G. et al, 1999), en una investigación realizada con mujeres maltratadas, propone cuatro fases para describir el proceso de estar atrapada y recuperarse en una relación de abuso: apego, aguante, desapego y recuperación.

1. El apego. Abarca el desarrollo inicial de la relación y el comienzo del abuso. Dominan los aspectos positivos sobre los negativos, pues la mujer tiene el deseo y las expectativas de una relación de amor y de familia. Las señales de alarma se pasan por alto, adjudicando los problemas a lo nuevo de la relación. Ella se esmera en tener contenta a su pareja y cree que si logra hacer todo bien, los conflictos desaparecerán. No piensa en los problemas de la pareja, sino en lo que pudiera estar haciendo mal para provocar la violencia. En algún momento la mujer comienza a dudar de la normalidad de la situación y piensa en abandonar a la pareja, pero no hace planes para llevarlo a cabo. Existe un conflicto constante entre los aspectos positivos de la relación y los pensamientos y sentimientos que la atormentan.

2. El aguante. Se le considera como una etapa de resignación, en la que la mujer siente que tiene que ajustarse al abuso. Nuevamente, se aprecian los buenos momentos y se bloquean los aspectos negativos. Continúa pensando que ella es la responsable, además de que siente que ha invertido tanto a la relación que quiere creer a su pareja cuando le dice que no volverá a violentarla. La pareja empieza a esforzarse por cubrir el abuso para protegerse del estigma social. La mujer pudiera preocuparse por el bienestar del hombre que podría ser

encarcelado o perder su trabajo. Ella se retrae cada vez más, desarrollando sentimientos de minusvalía y perdiendo la esperanza de que la situación mejore. Se siente atrapada en una relación que cree que no va a poder dejar, con el miedo de quedarse y no sobrevivir, siente que si se queda, su pareja podrá llegar incluso a matarla o ella a él. Todo eso la puede llegar a estimular para pasar a otro nivel de conciencia de su situación.

3. El desapego. Aquí la mujer comienza a identificarse con otras mujeres que están en una situación similar y ya puede darle nombre a lo que está pasando, tomando conciencia de que la violencia no es normal. Intenta buscar ayuda y encontrar gente que la apoye. Sabe que le será difícil separarse, pero no ve los obstáculos como imposible de superar. Aún se encuentra dividida pues por un lado le es fiel a su pareja y por el otro piensa que debe abandonarlo si quiere sobrevivir.

De repente puede comenzar a perder el sentido de su vida creyendo que lo mejor sería morir. Aparecen sentimientos de rabia hacia ella y su pareja, mezclándose con un miedo permanente. Es esta rabia la que le permitirá movilizarse y salir de la relación. Una vez que abandona la relación, la mujer experimenta sentimientos que pensó ya no existían, como el volver a sentirse capaz de hacer lo que quiere.

Sin embargo, los sentimientos positivos van y vienen. Para poder sobrevivir necesita mucho trabajo, esfuerzo, reconocer el sufrimiento y el apoyo de otras personas que no la culpen ni cuestionen. Puede regresar con su pareja varias veces o puede estar relacionada con ésta aunque ya se hayan separado. La recuperación se dará cuando haya trabajado sus múltiples pérdidas, incluyendo a su pareja, y se haya liberado de sus culpas.

4. La recuperación. Comprende desde el periodo de ajuste inicial hasta que la mujer recupera el equilibrio de su vida. La mujer se concentra en sus necesidades de comida, refugio, seguridad y autonomía. Lucha constantemente contra las acusaciones de otras personas que la culpan por el fracaso de la relación y debe pasar por un período de duelo, el cual se puede agudizar cuando hay hijos-as de por medio. En algunos momentos, pudiera extrañar los buenos momentos con su

pareja y debe desprenderse de la necesidad de contar con ésta para entonces concentrarse en ella misma.

1.3 Enfermedad psicossomática

De acuerdo con el Diccionario Manual de la Lengua Española (2007), la definición de psicossomático, -ca [también sicosomático, -ca, poco usual] adj. Es la siguiente: Que produce una acción de la mente sobre el cuerpo o del cuerpo sobre la mente: enfermedad psicossomática. El psicossomatismo es un *proceso de origen psíquico que tiene influencia en lo [somático](#)*, en lo corpóreo.

La medicina reconoce la importancia de los procesos emocionales en la aparición y desarrollo de algunas enfermedades, pero este proceso es difícil de cuantificar y precisar por depender de factores y variables difíciles o imposibles de estudiar con el [método científico](#).

Familias Psicossomáticas

La familia es un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y estructura influyen la experiencia de los individuos de la familia. De acuerdo con Minuchin (1974) la patología puede ubicarse dentro del paciente o en su contexto social o en la retroalimentación entre ambos.

Esta perspectiva se basa en tres axiomas:

- La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno; el individuo influye sobre su contexto y es influido por éste. Por lo tanto debe adaptarse a la familia en la que vive y sus acciones estarán regidas por las características del sistema.
- El segundo axioma dice que las modificaciones en la estructura familiar contribuyen a los cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros.

- El tercer axioma es que cuando un terapeuta trabaja con un paciente o su familia su conducta se incluye en ese contexto, formando un nuevo sistema.

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, las familias que desarrollan enfermedades y que están constantemente viviendo violencia física o emocional, forman ciertos patrones en la interacción de sus miembros que nos habla de la forma de relacionarse entre ellos.

Minuchin, Rosman y Baker (1978), proponen una nueva aproximación teórica y clínica en el tratamiento de enfermedades psicosomáticas, tales como la anorexia nervosa y la diabetes infantil. Consideran que dichas enfermedades, no sólo involucran al individuo como tal, sino a toda la familia. Describen a las familias psicosomáticas con características tales como aglutinamiento, sobreprotección, rigidez, falta de resolución de conflictos y desviación de éstos. Su método, que ha sido muy exitoso, requiere que el terapeuta se involucre activamente, junto con la familia, como agente de cambio, estimulando crisis que sean lo suficientemente severas como para sacudir al sistema, esperando a que éste encuentre patrones de interacción más saludables.

Minuchin, Rosman y Baker (1978), comparten que en el siglo XX bajo la influencia de la psiquiatría, en particular las ideas de Freud, muchos investigadores en el campo de la medicina psicosomática, cambiaron su preocupación por las manifestaciones somáticas a su preocupación por las características psicológicas debajo de dichas manifestaciones. Así alrededor de 1930, el objetivo de los estudios psicosomáticos era explorar las relaciones entre los aspectos psicológicos y fisiológicos de todas las funciones corporales, además de integrar el campo psicoterapéutico con éstas últimas. Había quienes enfatizaban los aspectos fisiológicos de los estados psicológicos y viceversa, sobre todo en los estudios de la anorexia nervosa.

Franz Alexander y sus colaboradores (citados por Minuchin et al., 1978), consideraban que había ciertos aspectos de la personalidad en los pacientes con enfermedades psicosomáticas tales como: vulnerabilidad orgánica (genética o adquirida); ciertos patrones de personalidad para enfrentarse al conflicto y a la

defensa; además de alguna situación particularmente previa a la aparición de los síntomas de la enfermedad. Roy R. Grinker (citado por Minuchin et al., 1978) fue más allá considerando la necesidad de explorar el contexto social, bajo una perspectiva sistémica, para analizar síndromes psicósomáticos.

De acuerdo al modelo sistémico, cierto tipo de organización familiar se relaciona directamente con los síndromes psicósomáticos en niños, y estos síndromes a su vez juegan un importante rol en el mantenimiento de la homeostasis familiar. Por ejemplo, la anorexia nervosa es definida no sólo por el comportamiento de un miembro de la familia, sino también por la interrelación de todos los integrantes de ésta (Minuchin et al., 1978). Los hallazgos de estos investigadores revelan que cuando los patrones de interacción de la familia cambian, pueden ocurrir cambios significativos en la manifestación de síntomas de las enfermedades psicósomáticas.

Por lo tanto, el modelo sistémico apunta a que el niño es vulnerable al estrés extrafamiliar así como a la organización y funcionamiento familiar y puede manifestar síntomas físicos pues se alteran sus mecanismos fisiológicos, endócrinos y bioquímicos; lo que a su vez también influye en la organización y funcionamiento familiar.

A continuación se muestra un diagrama en el que se esquematiza lo anteriormente mencionado.

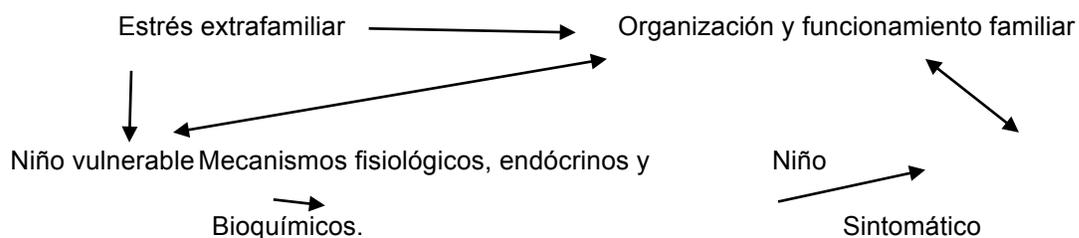


Figura 2. Modelo de los sistemas abiertos y la enfermedad psicósomática

(Minuchin, Rosman y Baker 1978, pag. 21)

Simon, Stierlin y Wynne (2002), refieren que en la perspectiva de la terapia familiar, se considera que los síntomas físicos, psíquicos y conductuales, tienen un significado y una función individual y familiar. Cuanto más cumple un síntoma una función familiar, es mayor la probabilidad de que en una estructura estática, la

desaparición o modificación de los síntomas de uno de los miembros de la familia dé origen a la formación de síntomas de otros miembros.

Estos mismos autores citan a Kellner, quien habla que a fines de 1950 y principios de 1960, los médicos clínicos observaron que los síntomas podían ser pasados o intercambiados de un miembro de la familia a otro. Por ejemplo, si un hijo recuperaba sus buenas calificaciones escolares, la madre mostraba signos de depresión; o si una hija dejaba de consumir droga, un hermano comenzaba a beber, etc.

Simon, et. al (2002) citan a varios autores que han reflexionado sobre estos intercambios de síntomas. Por ejemplo, Ackerman señaló la “patología entrelazada” de las relaciones familiares. Boszormenyi-Nagi describieron la aparición y desaparición de la conducta sintomática desde una perspectiva multigeneracional, relacionada con la expresión de una lealtad oculta. Watzlawick y sus colegas argumentaron que el fenómeno de “pasar” los síntomas, es previsible cuando se necesita un cambio de segundo orden en el sistema familiar.

El concepto de vínculo, también es de vital importancia en la adopción de síntomas, pues la existencia de lazos fuertes impide el logro de un nivel adecuado de individuación dentro de la familia; es decir, que cuando un miembro sintomático vinculado trata de escapar de la familia, se presiona a que otro miembro lo releve y desarrolle síntomas sustitutos (Simon, et. Al, 2002).

Shöttler (citado por Simon, et. al, 2002), ha hecho investigación en torno al contexto familiar de los pacientes psicósomáticos, gravemente enfermos. Constató que después de dos o tres años de tratamiento psicoterapéutico individual, los principales síntomas psicósomáticos de los pacientes tendieron a desaparecer, habiéndose observado que en este punto fue frecuente que muchos de los miembros de la familia del paciente enfermaron gravemente; al comienzo solía ser la madre del paciente, seguida por el padre, los hermanos y el cónyuge.

De acuerdo a Robles (1987), las características de la estructura familiar con un enfermo crónico son las siguientes:

1. Los límites entre subsistemas se hacen más permeables, tienden a diluirse permitiendo que el enfermo se vuelva central. Como consecuencia se modifican las jerarquías. Los hijos se emancipan de algunas de las normas que los rigen en el holón fraterno y los padres funcionan como un hijo más.
2. El subsistema conyugal tiende a perder importancia frente al parental.
3. Cuando el tratamiento es complicado, el miembro de la familia que se ocupa del paciente tiende a estar sobrecargado y convertirse en periférico.
4. Tienden a aparecer conductas disfuncionales en otros miembros.
5. Los problemas que existían previamente tienden a agravarse pero en algunos casos se forman interacciones de unión frente a la enfermedad y los problemas anteriores, como por ejemplo, la vivencia de violencia intrafamiliar pasan a segundo plano para observar una mejoría en las relaciones familiares.

El trabajo de Salvador Minuchin, Rosman, Lester y otros (1975, 1978 citado en Rolland, J., 2000) mencionan que descubrieron que las familias psicósomáticas, con graves disfunciones, se caracterizan por la presencia de procesos alterados como pautas de apego excesivo, rigidez, conflictos no resueltos, sobreprotección y la inclusión del niño como tercero en un triángulo donde se juegan problemas pendientes entre sus padres.

De acuerdo con Minuchin (1978), los trastornos psicósomáticos se diferencian entre primarios y secundarios. Los primarios son en los que una disfunción fisiológica ya está presente como la diabetes, por ejemplo. El elemento psicósomático reside en la exacerbación emocional del síntoma ya existente. Los trastornos psicósomáticos secundarios no se pueden comprobar una disfunción física anterior. El elemento psicósomático es cuando se transforma el conflicto emocional en un síntoma somático y posteriormente, dichos síntomas se pueden cristalizar en una enfermedad como la anorexia, por ejemplo. Ambos tipos de

familias, tanto las que tienen trastornos psicossomáticos primarios como secundarios tienen patrones relacionales similares.

Se observaron cuatro características comunes entre estos tipos de familias. Ninguna de estas características por sí solas parecen suficientes para reforzar los síntomas psicossomáticos pero la suma de dichas características pareciera promover la somatización dentro de las familias. Las características familiares son sobreinvolucramiento (familias muégano), sobreprotección, rigidez y falta de resolución de conflictos.

El sobreinvolucramiento se refiere a una forma extrema de proximidad e intensidad en las interacciones familiares. Este sobreinvolucramiento tiene implicaciones en todos los niveles: en la familia, en los subsistemas y en lo individual. En una familia fuertemente sobreinvolucrada, el cambio en uno de los miembros o en la relación entre dos miembros reverbera en todo el sistema. Los límites entre subsistemas de ese tipo de familias son pobremente diferenciados, débiles y fácilmente penetrables. Los límites que definen la autonomía individual son tan débiles que el hecho de funcionar como individuo es todo un reto. Compartir tanta unión y cercanía trae como consecuencia la falta de privacidad.

La sobreprotección en las familias psicossomáticas se demuestra en el alto grado de preocupación por el bienestar entre ellos. Muchas veces dicha sobreprotección retarda el desarrollo de niños o adolescentes en su búsqueda de autonomía, competencia e intereses o actividades fuera de la seguridad de su casa. Los niños sienten una gran responsabilidad por proteger a su familia. El hecho de protegerlos por medio de los síntomas puede ser un fuerte reforzador para la enfermedad.

Las familias rígidas están fuertemente comprometidas en mantener el statu quo. En periodos en los que el cambio y el crecimiento son necesarios se experimenta mucha dificultad. Dichas familias con uno de los hijos psicossomáticamente enfermo, insisten en seguir utilizando los mismos modos de relación e interacción. Los aspectos que puedan amenazar con cambiar como negociaciones, por ejemplo, no son permitidos y por el contrario son negados.

Casi cualquier evento externo puede sobrecargar sus mecanismos disfuncionales de adaptación, precipitando la enfermedad. Como resultado de este patrón, los problemas se dejan sin resolver, activando continuamente los mecanismos de evitación. Muchas familias psicossomáticas niegan la existencia de problemas negándolos o difuminándolos pero la inhabilidad de confrontar las diferencias es una característica de este tipo de familias. Las familias flexibles tienen la posibilidad de hablar acerca de los problemas.

Desde un punto de vista transaccional, el síntoma del paciente adquiere un nuevo significado en el sistema familiar como regulador. Específicamente, parece que el factor clave que estructura el síntoma en particular es el involucramiento de los niños en los conflictos conyugales. Por lo tanto, este factor es la quinta característica de la familia psicossomática.

Los padres que no son capaces de lidiar directamente uno con el otro, se unen en la preocupación de la enfermedad de su hijo, evadiendo el conflicto. Los conflictos maritales también se pueden transformar en conflictos parentales con el paciente y su manejo. En algunas familias, se le exige al niño tomar partido con el padre o con la madre o servir como mediador o ayudante.

Los tres patrones de evitación del conflicto que han sido identificados son triangulación, coalición y desviación. En la triangulación o la coalición la diada de la pareja está francamente dividida en oposición o conflicto y el hijo se alía con uno de los padres. En el patrón de desviación, la diada de la pareja está evidentemente unida porque los padres evitan sus conflictos con una postura de protección o de culpa hacia el hijo enfermo a quién lo definen como el único problema familiar.

Las familias psicossomáticas actúan secuencias desadaptativas una y otra vez, y ya que normalmente están bajo condiciones de estrés y tensión, el hijo frecuentemente desvía el conflicto.

En algunas familias de acuerdo con Rolland (2000 pag. 283), los síntomas somáticos pueden convertirse en una manera disfuncional de expresar la

necesidad de atención. Integrantes sanos de la familia pueden sentir dolencias físicas ya que esta es la única forma válida para competir con otra enfermedad o en este caso con los problemas de la violencia intrafamiliar o a consecuencia de ésta.

La somática familiar se refiere a un campo de la investigación médica que estudia la interrelación de los procesos sistémicos de la familia y las reacciones físicas individuales que generan esos procesos.

Los tipos de enfermedades físicas que han establecido influencias psicosociales comprenden desde las infecciones de estreptococos hasta la tendencia a tener accidentes e incluyen enfermedades crónicas como trastornos del sistema circulatorio y el metabolismo, las enfermedades del corazón, el reumatismo y el cáncer.

Se estima que el cuerpo y el ambiente constituyen circuitos de retroalimentación que se intersectan. Se pueden distinguir varias dimensiones que en un estado de continuo interjuego recíproco, determinan si prevalecerá la enfermedad o la salud y de qué manera lo harán. Weiner (1977) denominó a estas dimensiones: orgánica biológica, intrapsíquica, interpersonal, sociocultural y físico-ambiental.

Con la ayuda del modelo cibernético, sistémico, pueden descifrarse las reglas de traducción por el que las normas sociales y culturales influyen en la modalidad interaccional de la familia, con efectos concomitantes en la experiencia intrapsíquica y el bienestar físico de los individuos. Los modelos de adaptación social y relaciones interpersonales se trasponen a modelos de sentimiento y finalmente a la propensión a la enfermedad o la salud. El siguiente gráfico es un modelo simplificado de esta complicada red de interrelaciones:

ocupa es cómo estas experiencias afectan las relaciones familiares en familias con violencia.

De acuerdo con Peter Steinglass y Mary Elizabeth Horan (1988), han surgido cuatro perspectivas acerca de la influencia de factores familiares en las enfermedades crónicas:

1. La familia como recurso.
2. La familia psicósomática
3. Efectos de la enfermedad sobre la familia
4. Influencias de la familia en el curso de una enfermedad crónica

En esta perspectiva, de acuerdo a Steinglass y Horan, a la familia psicósomática no se le ve como un recurso potencial sino como una potencial desventaja, que contribuye a que se presente la enfermedad y a que tenga un curso desfavorable y a que no se cumpla el tratamiento indicado.

II. EXPOSICIÓN DEL CASO

A finales de 2011 se comenzó a atender a los integrantes de una familia de nivel socioeconómico bajo del Municipio de Atizapán de Zaragoza en el Estado de México, de la cual se darán más especificaciones adelante. Esta familia se consideró muy interesante para la elaboración de este trabajo, ya que ejercían violencia tanto en el interior de la familia como fuera de esta. Al estar estudiando el diplomado de Atención a la Violencia Doméstica se creyó que era un buen ejemplo y ejercicio para aplicar los conocimientos adquiridos, tanto teóricos como prácticos ya que el final de la terapia coincidió con el principio del Diplomado de Violencia.

Se trabajó con diferentes miembros de la familia. A la hija mayor se le atendió de finales del 2011 a finales del 2012 con un aproximado de 37 sesiones. A la hija menor, G., se le atendió de julio de 2012 a octubre de 2013 con un aproximado de 29 sesiones y al hijo de en medio, D., se le atendió de mayo a septiembre de 2013 durante 17 sesiones.

Datos Generales de la Familia

La familia en que basaremos el análisis de la presente tesina está compuesta por el señor M., la señora G. quienes tienen tres hijos. Al momento del proceso terapéutico, la hija mayor es N. (24 años), el hijo de en medio es D. (19 años) y la menor es G (14 años). Dicha familia F. M. reside en una casa propia dentro del terreno de los padres de la Sra. G., ubicado en Atizapán de Zaragoza, Estado de México. Su nivel socioeconómico es bajo. Haciendo una breve descripción física de los diferentes miembros de la familia podemos decir que el Sr. M. es alto, delgado y se nota el trabajo físico de su oficio ya que sigue estando fuerte y marcado. Ha tenido problemas con su dentadura y no la tiene completa, tiene el pelo cano y escaso y su tono de piel es morena clara. Aparenta mayor edad de su edad cronológica por la falta de dientes.

La Sra. G. es delgada, con una estatura aproximada de 1.60, su color de piel es morena oscura, aparenta mayor edad que la cronológica, siempre intenta estar bien arreglada, el pelo es cano y se lo pinta en ocasiones. N. es una chica alta de tez morena clara y actualmente está pasada de peso, mide 1.65, aparenta su edad.

D. es un chico tiene tez morena clara, pelo negro, lacio, es fornido y actualmente un poco pasado de peso. Su estatura es de 1.70 aproximadamente. G. es una chica de 1.65, delgada, pelo lacio y negro, tez morena clara y representa su edad cronológica. Dentro de nuestra construcción social podemos catalogarlos como personas atractivas ya que tienen unos rasgos bonitos, ojos grandes, pestañas tupidas, nariz recta fina y dientes blancos y parejos. A la sesión siempre se presentaron puntuales, arreglados y limpios. Esta pareja ha vivido en unión libre por 27 años. El Sr. M. tiene un local para vulcanizar llantas tanto de automóviles como de camiones y de vez en cuando hace arreglos mecánicos para algunos carros.

La Sra. G. trabaja como ama de casa y algunas veces sale a vender esquites y elotes en una cancha de futbol que queda cerca de su domicilio. N. la hija mayor, a pesar de haber terminado su carrera de Psicología trabaja en una tienda de artículos para fiestas. D. acaba de entrar a trabajar a un taller mecánico y a estudiar a Conalep su licenciatura. G. sigue estudiando la preparatoria en un colegio privado ya que no fue posible que entrara a la escuela pública.

Motivo de Consulta

El Sr. M. solicitó atención psicológica para su hija N. en noviembre del 2011, ya que estaba estudiando Psicología y requería comprobar en la universidad que estaba tomando consulta psicológica. Una vez en terapia estuvimos trabajando con la situación que había vivido de violencia en su casa desde niña, el duelo por su abuela paterna a la que amaba profundamente y con la que era muy cercana, su situación de hija parentalizada, la violencia que ella ejercía con sus compañeras en la universidad y la relación con sus hermanos, novio y sus amigas.

Por otro lado, G. la hija menor, comenzó a tener problemas de conducta en la Secundaria y la mandaron a Preceptoría Juvenil textualmente por: “mentirosa, manipuladora, ratera, desinteresada por el estudio, falta de respeto y falta de aplicación de valores.” No le gustaron las psicólogas que la atendieron y N. y sus papás decidieron mandarla a consulta privada con la misma terapeuta que atendió a N. Cuando empezó a ir a terapia tenía 14 años e iba en 1ero de secundaria.

Tenía problemas con la orientadora de la escuela, con sus compañeras y en su casa principalmente con su mamá y con D., su hermano. Durante este tiempo se trabajó la violencia que vivió desde niña, la forma de comunicarse con su mamá, con su papá y sus hermanos, cómo vivir su sexualidad, el riesgo del consumo de alcohol y drogas, la relación con sus pares, con la orientadora de la escuela, sus novios y principalmente la forma en la que se relaciona con su mamá.

La mamá de G. asistió a algunas de las sesiones pero nunca le gustó a G, porque sentía que invadía su espacio y que no podía platicar ciertos temas enfrente de ella y el encuadre desde el principio, fue terapia individual. Posteriormente G. accedió a asistir a sesión con sus hermanos, aunque no quiere una terapia familiar como tal, porque le gusta tener su propio espacio.

D. de 21 años, tuvo un ataque de pánico y solicitó también un espacio con la misma terapeuta de sus hermanas, a partir de Mayo de 2013 para trabajar el trastorno de ansiedad. Inmediatamente se le refirió al Psiquiatra para que lo ayudaran con fármacos, se trabajó para ayudarlo a calmar la ansiedad, el temor a los lugares cerrados y los lugares llenos de gente (Agorafobia) y en cuanto bajó un poco la ansiedad estuvimos trabajando con la violencia familiar que ha vivido desde niño, el duelo por un perro muy querido que murió envenenado, la relación con sus hermanas y con sus papás, sus planes a futuro y finalmente los actos vandálicos que había venido cometiendo desde la adolescencia. Las sesiones en las que se atendió a D. fueron un total de 17.

Ciclo vital

La familia F. M. en el momento del proceso terapéutico se encontraba en dos etapas simultáneamente; familia con hijos adolescentes ya que G. tenía 14 años y con hijos adultos porque N. y D. contaban con 24 y 19 años respectivamente. Los tres hijos viven con sus padres y D. está en un momento en el que a pesar de ser adulto por su edad muchas de sus actitudes corresponden a un adolescente. El grupo de pares ha cobrado mucho poder respecto a temas como lo son sexo, drogas, alcohol, vestimenta, política, estilo de vida y perspectivas sobre el futuro.

El tema del alcohol, las drogas o los actos vandálicos, por ejemplo, ha sido una constante en la terapia de G. y de D. Pertenecer a un grupo de pares es muy importante en este momento y era muy importante ayudarles a concientizar los riesgos a los que se sometían con el consumo o las consecuencias que estos actos podrían traerles. A los tres hijos les ha costado mucho trabajo el tema de la autonomía y del control ya que sobre todo su madre es muy rígida para permitirles negociar permisos y libertades que les permitan ir creciendo.

Por ejemplo, hasta hace poco tiempo G. no podía decidir acerca de su peinado y mucho menos acerca de su corte de pelo. D. tenía una novia a la que su mamá constantemente criticaba, devaluando con esta conducta las decisiones que él tomaba ya que además de las críticas, la madre comentaba su situación amorosa abiertamente con las secretarias de la escuela o sus amigas enfrente de D. En este estadio debería comenzar el proceso de separación entre los hijos y los padres por lo que dicho proceso resuena por toda la familia.

N. ha terminado la universidad y decidió entrar a trabajar a una tienda de artículos de fiestas infantiles a pesar de que su padre no estaba de acuerdo porque no está relacionado con su carrera de Psicología. Desde que entró a trabajar, sale temprano de su casa y regresa tarde por lo que han disminuido las horas de convivencia y los conflictos. Este alejamiento le ha quitado la constante observación de sus padres y sobre todo de su madre por lo que ahora tiene más tiempo para estar pendiente de G. y de D.

Este cambio ha sido muy difícil para ellos y ha aumentado la tensión familiar, ya que en lugar de que la mamá se pueda separar un poco para permitir el crecimiento de sus hijos, se ha acercado más provocando incomodidad y pleitos con G. y D.

A pesar de que la familia F. M. tiene dos hijos adultos, una de nuestras hipótesis es que no están pasando por la etapa del nido vacío en donde la madre puede experimentar depresión en algunos casos por quedarse sin sus hijos, ya que comienzan a vivir de forma independiente y la pareja debe reencontrarse para continuar con su vida conyugal.

De acuerdo con Minuchin (1981 pag. 40), El organismo familiar así como el individuo se mueve en dos polos; el de la seguridad de lo ya conocido y la experimentación indispensable para la adaptación a nuevas condiciones. Cuando una familia solicita terapia es porque sus problemas se deben a que se han atascado en una fase homeostática. La exigencia de mantener el estado de las cosas los ha limitado para enfrentar de manera creativa nuevas circunstancias. El apego a ciertas reglas, normas o situaciones ya conocidas que han funcionado anteriormente, inhibe otro tipo de respuestas. El desarrollo normal de los individuos y de las familias incluye periodos de crisis y periodos de resolución. La idea de la terapia es que cree un ambiente óptimo en su vida y sus relaciones que los empujará en el sentido de su evolución.

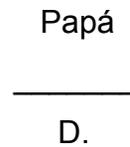
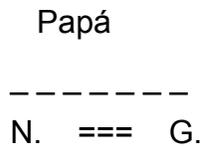
Estructura Familiar

El holón conyugal entre el Sr. M. y la Sra. G. se ha visto muy deteriorado a través de los años por varias razones. El Sr. M. tiende a beber alcohol en exceso y ha agredido verbal y físicamente a su esposa durante toda su relación de aproximadamente de 27 años.

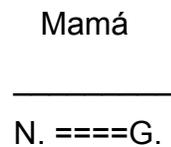
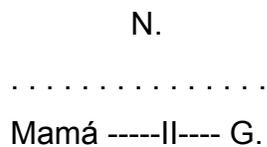
Sr. M.  Sra. G.

Cuando G., la hija menor iba a nacer, el señor tuvo una amante y llevaba a D. a casa de dicha mujer, lo que a través del tiempo, ha hecho que D. se sienta en deuda con su mamá (según su narrativa.) En esta época el Sr. M. se fue de la casa por un tiempo y pasaron muchas dificultades económicas y la Sra. G. cayó en una fuerte depresión. Finalmente regresaron a vivir juntos y desde entonces tienen constantes riñas a consecuencia de la difícil situación económica, la infidelidad del señor, el alcohol, la violencia y/o los conflictos con los hijos.

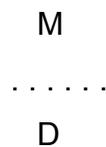
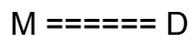
Hoy en día, la relación en general es mejor entre las dos hijas, N y G. y de éstas con su papá; con quien tienen límites claros y pueden hablar acerca de sus emociones, negociar permisos y nuevas reglas. El Sr. M. y D., el único hijo varón, tienen una relación un poco más distante y cuando quiere ponerle límites, el Sr. M. lo hace de manera estricta, rígida y violenta.



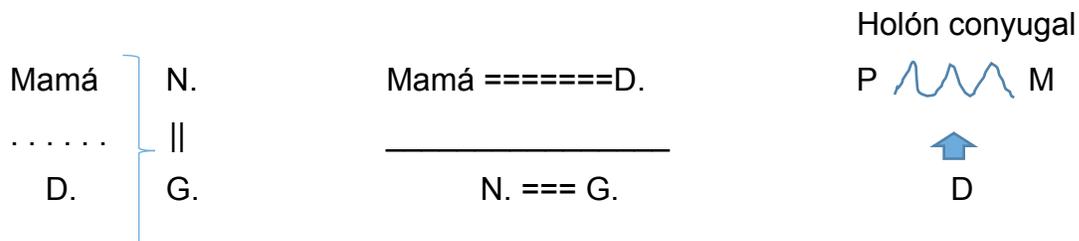
La Sra. G. no lleva una relación tan buena con sus hijos en general. N. siempre se sintió abandonada por su mamá y molesta por su papel de hija parentalizada, ya que cuidaba a su hermana G. y también a su mamá, a la que incluso llegó a limpiar cuando se orinaba en la cama a causa de su depresión. Con las dos hijas mujeres pelea constantemente y pasa de límites rígidos a límites difusos.



La relación con su hijo D. se caracteriza por tener límites difusos y ser muy cercana pero lo infantiliza constantemente en un intento de consentirlo y mimarlo.



Esta conducta molesta mucho a las hijas mujeres ya que perciben a D. como el consentido de su mamá y cuando ellas pelean con su mamá el que sale a la defensa de ella. D. ha sido para la Sra. G. en muchas ocasiones la pareja que no encuentra en el Sr. M. (esto dicho por ella misma).



Por lo anteriormente expuesto, el holón fraterno tenía muchos problemas y violencia ya que muchas de las discusiones terminaban en golpes. G. fue cuidada por N., ya que cuando nació su mamá estaba en una fuerte depresión. Desde entonces G. es muy cercana a N. y la quiere y respeta como si fuera su “mamá.” Este papel sobrecargaba a N. quien en muchas ocasiones peleaba con G. por su mala conducta en la casa o en la escuela. La relación entre G. y D. era muy violenta. Cada que G. le contestaba mal a su mamá o no le hacía caso en alguna instrucción el que la quería corregir era D. y muchas veces la golpeaba. Cuando N. se enteraba de lo sucedido también se peleaba con D. verbal y físicamente.

G.  D.

N.  D.

G.  Mamá
 D.

M=====D.

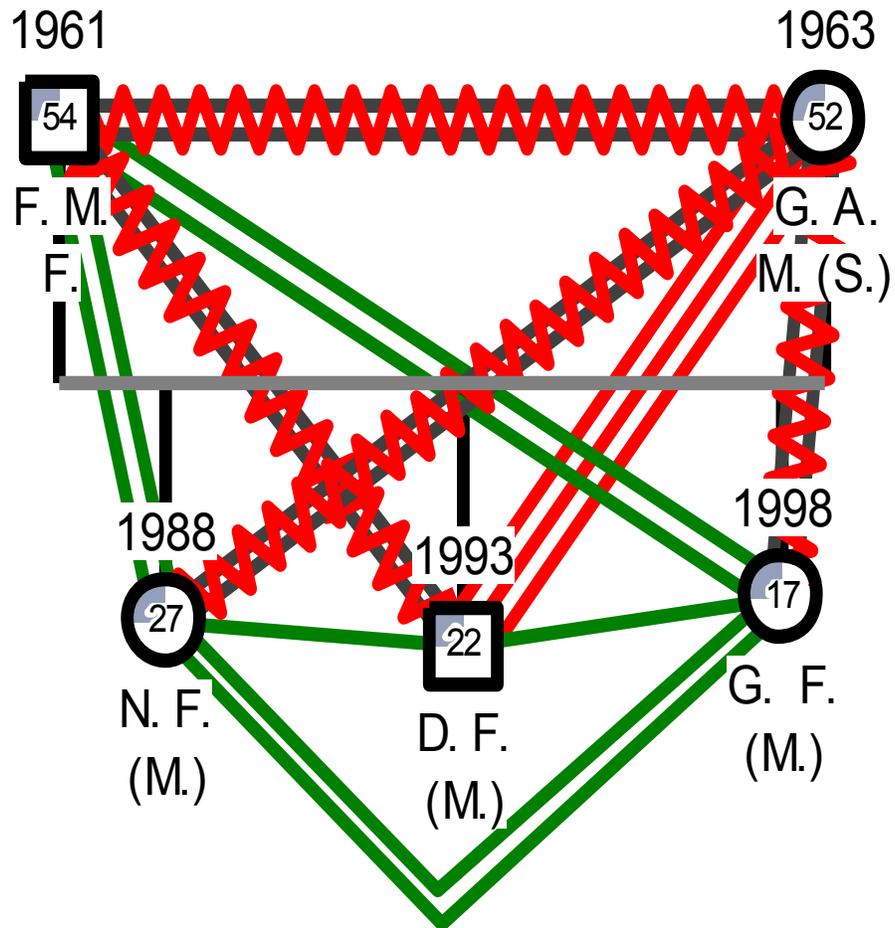
 N.=====G.

M  D
 N.  G.

Genogramas (2014)

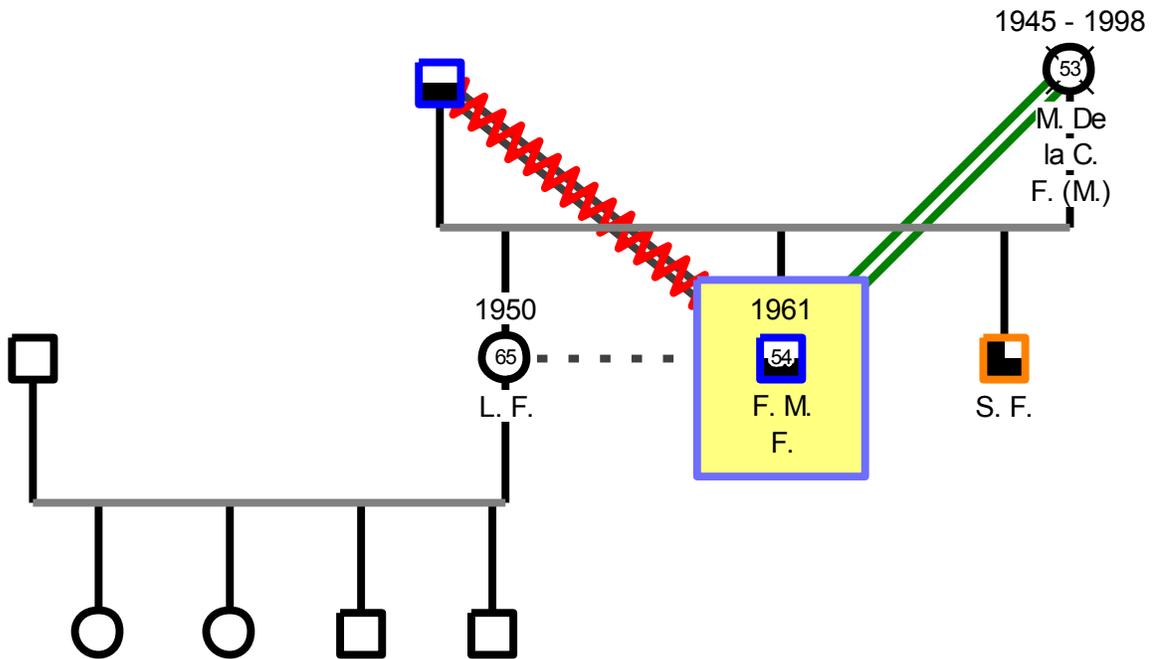
Familia nuclear

27 años de matrimonio



Pequeño cuadro gris (enfermedad psicósomática)

2.1.4.2 Familia extensa Sr. M.



No existe conocimiento acerca de la relación entre los padres del Sr. M. ni de la violencia que existía en su familia porque no habla del tema y los hijos saben muy poco.

(Cuadro azul – alcoholismo)

(Cuadro naranja – drogadicción)

(Cuadro tres cuartos negro – serios daños en la salud física y mental)

(Línea punteada – distantes)

(Cuadro rosado – Vandalismo)

2.2 Modalidad de la Terapia

La modalidad de terapia que se ha manejado ha sido la terapia familiar sistémica, predominando los enfoques: Estructural, preguntas de intervención y Psico-educativo. Así mismo, se han incorporado algunas propuestas del enfoque del Construccinismo Social. Creemos que se eligieron estas corrientes de trabajo ya que durante nuestra formación fueron las que nos resultaron más claras y también porque creímos que serían de utilidad para la familia.

Después de presentar lo que hasta ahora se ha trabajado con esta familia, se destina un apartado para dar propuestas a futuro. Cabe mencionar que la terapia se llevó a cabo de manera abierta, respecto al número máximo de sesiones, pues no hubo un acuerdo en el encuadre de tiempo fijo para cerrar el proceso y casi siempre en sesiones semanales de una hora cada una.

Análisis del caso e intervención terapéutica

Esta familia pertenece a un sistema mayor en el funciona que forma parte de su contexto. La familia F. M. está formada por cinco integrantes con características físicas y de personalidad muy distintas pero en su conjunto forman una específica manera de organización que no se podría explicar por sus propiedades individuales. Sería muy difícil explicarnos, desde un enfoque sistémico, el comportamiento de cualquiera de los miembros de esta familia sin comprender el contexto en el que se encuentra inmerso. Por ejemplo, la conducta violenta que N. generaba hacia sus compañeras de la universidad es comprensible si observamos que dentro de su familia nuclear y extensa este comportamiento se había normalizado a través de los años.

La violencia y algunas enfermedades psicosomáticas se presentaban de manera mutuamente interconectadas, la dinámica parecía estar representando una función autoreguladora del sistema familiar. Se ha observado que cada que se presentaba un síntoma (colitis, gripas, dolores de cabeza, ataques de pánico, entumecimiento del brazo, parálisis facial), tenían la oportunidad de comunicarse de una forma distinta y de no violentarse ni agredirse mientras duraba la enfermedad. Sin

embargo, la enfermedad también manifestaba una necesidad de cambio dentro de las pautas de la familia y cuando terminaba, la violencia emergía otra vez, trayendo nuevamente una relativa estabilidad. Suponemos que la danza entre los miembros de la familia iba de la enfermedad psicosomática a la violencia y viceversa para tener su propia y muy característica forma de funcionamiento.

A diferencia del pensamiento lineal que visualiza a “A” como una causa y el origen de “B”, o viceversa, el pensamiento sistémico considera que se estableció una relación circular entre “A” y “B” en donde el aumento y/o disminución de “A”, está relacionado con el aumento y/o disminución de “B”. De esta forma no se determina cuál es primero, si la violencia o la enfermedad, sino que nos interesamos en describir las relaciones existentes e interconectadas entre los distintos sucesos coexistentes en la dinámica familiar.

El caso que se analiza se ha abordado desde diferentes enfoques, uno de los cuales ha sido la **perspectiva estructural** (roles, jerarquías, principio de totalidad, alianzas, coaliciones, intercambio de información entre subsistemas y contexto socio-cultural.) Otro de los abordajes ha sido el **transgeneracional**, esto último en cuanto a que la violencia se había repetido de una generación a otra.

Así mismo, se ha incorporado la teoría del **Construccionismo Social**, como propuesta para que esta familia comenzara a cuestionar las premisas que sostenían sus creencias y significados. También se toca cómo se ha intervenido a través de diferentes **preguntas de intervención (Karl Tomm)** y del enfoque **Psico-educativo (definir, nombrar y señalar los diferentes tipos de violencia, de enfermedades y adicciones.)**

Como ya hemos venido introduciendo, la hija mayor fue la primera que entró a un proceso terapéutico, ya que la Universidad le puso como requisito el tomar sesiones terapéuticas como parte de su formación como psicóloga. En un principio, N. no estaba convencida de que la terapia fuera lo que ella necesitaba pero aun así se le explicó que en el camino tal vez encontraba alguna utilidad al empezar a hablar de su vida. Poco a poco se fue interesando en su proceso terapéutico y desarrollando una buena relación con la terapeuta.

Más adelante se comenzó a dar cuenta de que no estaba de acuerdo con las funciones que le habían asignado en casa, como cuidar a su madre cuando enfermaba y a su hermana menor. Así mismo, descubrió que lo que vivía dentro y fuera de su casa se llamaba violencia y las consecuencias negativas que generaba en su vida. Las **preguntas lineales** nos ayudaron a obtener información pertinente respecto al funcionamiento familiar, así como de la percepción y descripción del problema que le afectaba a N. en lo particular y a la familia como grupo.

Cuando llega G. a terapia, por sugerencia de N. su hermana mayor ya que la escuela la había mandado a preceptoría juvenil y consideraron que podría ser de ayuda ya que la psicóloga asignada no le gustaba. Estaba cansada de que etiquetaran como una niña problema y que la mal trataran. Poco a poco se fue concientizando de la necesidad de comportarse como una adolescente y no como una niña para ser tratada y respetada como tal.

Un año y medio después de que N. entró a terapia, D. solicitó también un apoyo terapéutico buscando sentirse mejor porque había tenido un ataque de pánico y tenía trastorno de ansiedad.

Desde la **perspectiva Estructural** se identificó que algunos roles dentro de esta familia estaban poco claros y en ocasiones confundidos. Por ejemplo, N., la hija mayor, era una hija parentalizada ya que estaba a cargo de su madre cuando se llegaba a deprimir y de su hermana menor, pues era quien iba al colegio como representante de la autoridad en casa. Se discutió dentro de la terapia cuáles eran los roles y las funciones que correspondían a una madre y a los hijos. De esta forma se empezó a aclarar el papel de cada uno de los integrantes de esta familia y la delimitación por subsistema.

Las **jerarquías**, en cuanto se trabajó con los roles, comenzaron a tomar un lugar más adecuado. A continuación presentamos gráficamente la forma en la que la familia estaba constituida en un principio, considerando jerarquías y tipo de límites (flexibles-----, rígidos_____, difusos.....):

N. (hija mayor)

N. (hija mayor)

G. (madre) D. (hijo)

.....

G. (madre)

G. (hija menor)

Sr. M. (Papá)

N. (hermana mayor) y G. (hermana menor)

.....

D. (hermano)

En momentos de violencia, la mamá G., ocupaba un lugar de mayor jerarquía y de poder con respecto a los hijos pero con límites muy rígidos. En otros momentos la mamá intentaba ser “amiga” de sus hijos y las jerarquías se trastocaban y los límites se volvían difusos.

En una época en la que su hijo D. estaba muy ansioso la Sra. G. dormía con él por lo que los límites eran difusos y la jerarquía también se trastocaba porque abiertamente ella aceptaba que D. en muchas ocasiones cubría el papel de marido y el apoyo que no tenía con su propio esposo.

En el proceso terapéutico individual en el que los tres hermanos asistieron, se hizo hincapié en la importancia del respeto a sus padres y personas mayores. Al final de la terapia los hermanos comenzaron a compartir un mismo **holón fraterno**. La jerarquía al final de la terapia quedó como el siguiente esquema, en donde el papá ocupó su lugar de autoridad frente a sus tres hijos; sin recurrir a la violencia para conseguirlo:

Sr. M. (papá)

3 hijos: N., D. y G.

En la medida que Gaby comenzó a ser más responsable y menos contestona con su mamá, la Sra. G. también empezó a tener límites un poco más claros sin necesidad de pasar de la rigidez a lo extremadamente permisivo o difuso y viceversa.

Dentro de lo que se trabajó con cada uno de los hijos y su respectivo proceso terapéutico, se analizó que en la medida que ellos tuvieran mayor responsabilidad, sus derechos podían también ser respetados. Si actuaban como niños, serían tratados de la misma forma y si querían ser tratados como adultos y en el caso de G. empezar a ganar un poco de independencia y un lugar como adolescente, tendría que luchar por ganarse su lugar a base de demostrar que se lo merecía. En la escuela tuvo mal rendimiento y mala conducta por lo que era un buen termómetro para medir su avance.

Consideramos que la forma en la que se normalizó el síntoma al principio de la terapia con cada uno de los integrantes, específicamente con G., se le explicó a su mamá que el hecho que tuviera un bajo rendimiento académico, que fuera rebelde tanto en la escuela como en su casa no tenía que ver con que fuera una “mala muchacha” (re-etiquetamiento.)

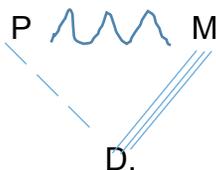
Se cuestionó la realidad que ella traía y fue sustituida por la idea de que los adolescentes como parte normal de su crecimiento e individuación a veces recurrían a la rebeldía. Se desafió el síntoma, ya que, nunca se le bajó la intensidad a las pautas de interacción de violencia que se vieron en el proceso y se les dio mucho foco para llamarlas por su nombre. Se les explicó que el uso de la violencia era una situación muy compleja que habían vivido dentro de su casa y que no era únicamente recibida o ejercida personalmente, sino que abarcaba al contexto en el que habían crecido. Sin embargo, nunca se les deslindó de la responsabilidad que implicaba el ejercerla y procurar su propia seguridad. Con N. se platicó acerca de que cuando tenía eventos violentos por ejemplo con compañeras de la universidad, no era válido responder a agresiones o justificar su violencia por provocaciones.

Cuando lo hacía, caía en lo que ella misma había odiado durante toda su vida. Así mismo se cuestionó la estructura de la familia cuando se analizó que solían enfermarse y que ninguno de forma individual era el problema dentro de ésta, sino que todos formaban parte de la dinámica y que si uno enfermaba o tenía ciertas conductas como bajo rendimiento académico o dolor de cabeza, esto los incluía a todos dentro de la interacción familiar (técnica de complementariedad.)

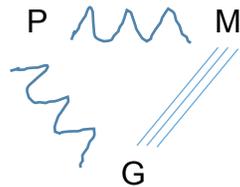
Otra forma de cuestionar la estructura de la familia fue a través de modificar la participación de los miembros en los diferentes subsistemas, fijando fronteras entre los mismos. Por ejemplo, las alianzas que se encontraron al principio del proceso dentro de esta familia eran entre N. (hermana mayor) y G. (hermana menor), ya que se apoyaban mutuamente y podían contar la una con la otra.

Sin embargo, cuando esta alianza se rigidizaba se convertía en una coalición que a veces resaltaba cuando se ponían en contra de D. y/o de su mamá. La Sra. G. y D. también tenían una alianza que en muchas ocasiones se volvía en coalición en contra de las otras dos hermanas y/o del papá. Una de las maneras de fijar fronteras fue fortalecer el holón fraterno trabajando con los tres hermanos y compartiendo lo que los unía como hermanos y resaltando el apoyo que podían encontrar entre ellos para su bienestar y el de su familia.

Consideramos que los hijos estaban triangulados ya que la diada de la pareja estaba dividida en oposición. La alianza entre D. y la madre se formó en el contexto familiar en donde los papás muestran una dificultad marcada en dialogar sobre sus conflictos matrimoniales directamente, de hecho la atención a otros problemas familiares, parecía tener una función de desviar el conflicto entre los padres que repercute fuertemente en la dinámica familiar total. Desde este punto de vista, el problema conductual de los hijos, la violencia, la rebeldía, el ataque de pánico, etc. no son vistos como problemas individuales sino como algo que tiene una “función” adaptativa dentro de la dinámica familiar total.



En ocasiones el Sr. M. comenzaba a discutir con la Sra. G. y ella mandaba a llamar a G. (la hija menor). G. comenzaba a llorar y a temblar y era protegida por la Sra. G., la que le reclamaba a su esposo ser el responsable de que G. se pusiera así de mal.



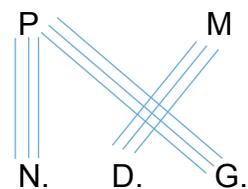
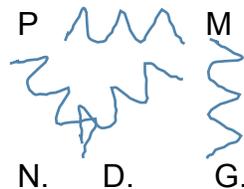
En general el funcionamiento de la familia es como si hicieran dos equipos que a veces funcionan como alianzas y en otras ocasiones como coaliciones.

Equipo 1

P, G., N.

Equipo 2

M y D.



Nos parece importante aclarar que aunque el padre trabaja todo el día y en ocasiones bebe, el lugar de trabajo está muy cerca de su casa y sus hijos pueden ir a buscarlo durante el día para trabajar, ayudarlo o platicar por lo que no es ni un padre ausente ni periférico. Consideramos que si la pareja de padres dejara de discutir acerca de los problemas de los hijos, entonces se podría perder para ambos la oportunidad de comunicarse y/o reclamarse para mantener una relación conyugal.

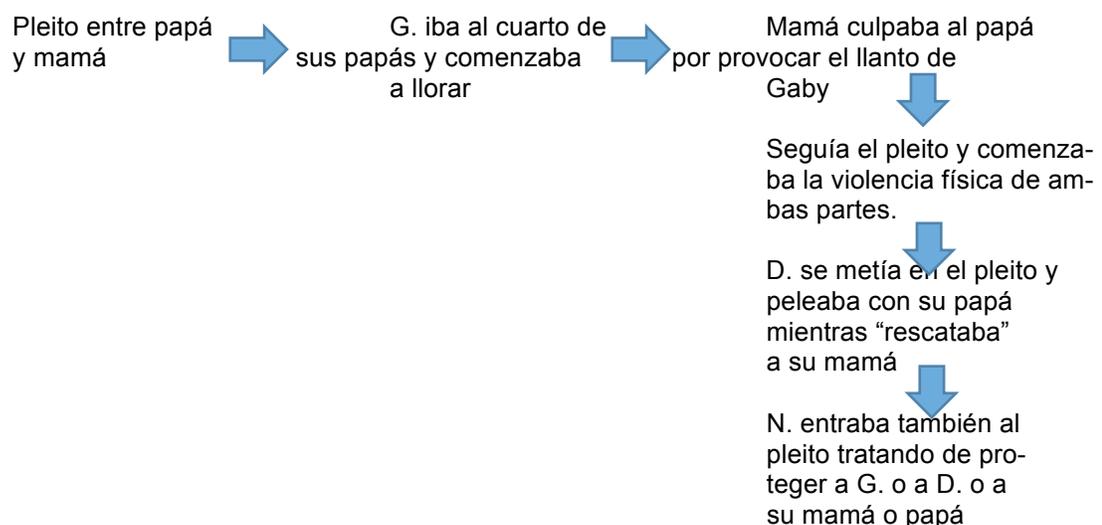
En una ocasión se logró que el Sr. M. fuera a terapia con D. y éste último le pudo exponer lo preocupado que estaba por su salud y se cuestionó el hecho de que si D. no iba a la escuela no era por flojo sino porque no quería dejar solo a su papá trabajando por miedo a las fantasías de muerte que todos tienen alrededor de las

enfermedades dentro de su familia. Esto le hizo sentido a ambos y el Sr. M. dejó de insultar a D., bajando la violencia verbal.

Si los problemas conductuales de los hijos tienen que ver con la función de desviar el conflicto directo entre la pareja, en forma de la autoregulación del sistema, una manera de ayudar sería reforzar la capacidad de los padres de enfrentarse entre ellos sin acudir a la intervención de sus hijos para desviarlo.

Con base en esta hipótesis sistémica, planteamos a los hijos que se encerraran en un cuarto cuando los padres empezaran a discutir para dejar en las manos de ellos cómo resolver su conflicto. Se observó que los padres empezaron a manifestar nuevas formas de lidiar con sus conflictos, a veces continuaban y a veces paraban pero parecían encargarse más de ellos mismos y la violencia física no se volvió a presentar.

Cuando existía el factor del alcohol, las cosas eran distintas ya que las posibilidades de violencia física aumentaban. En una ocasión en la que D. se dio cuenta de que su papá estaba tomado (estando en el taller en donde trabajaba el señor), D. se regresó a su casa y tomó a sus hermanas y a su mamá para irse a casa de una tía y evitar cualquier confrontación y con esto procurar la seguridad. Las **secuencias desadaptativas** poco a poco se fueron rompiendo y este es un claro ejemplo de cómo se fue logrando avance dentro de esta familia.



Una de nuestras **hipótesis sistémicas** es que cuando estos chicos comenzaron a crecer, la dinámica familiar se volvió más rígida porque querían seguir teniendo los mismos modos de relación y comenzaron las confrontaciones por defender la diferenciación y la individuación normales de la madurez. Mientras más rígido se puso el sistema, los integrantes se vieron en la necesidad de somatizar enfermedades más evidentes. N. solo tuvo gastritis, colitis o gripas recurrentes. D. tuvo ataques de pánico y trastorno de ansiedad que lo incapacitaron gravemente, al grado de no poder dormir solo. G. empezó con migrañas y esto empeoró ya que se le empezó a paralizar la cara, a dormir el brazo y en una ocasión no podía hablar. Se le hicieron estudios en Neurología y no se encontró nada.

De la mano con lo expuesto anteriormente, nos parece que el concepto de **totalidad** queda claro ya que la estructura del grupo, finalmente cambia, ya que las partes de los sistemas vivos no se pueden comprender desde sus propiedades individuales sino que desde la función que ocupa cada parte dentro de la organización total de la familia.

La terapia como ya se ha mencionado anteriormente nunca se trabajó con toda la familia sino que bajo el esquema de terapia familiar se atendió de forma individual y algunas veces en parejas o tríos. Las modificaciones que iban teniendo cada uno impactaban a la organización de la familia cambiando la estructura como grupo.

Una de las características principales de esta familia, como otras con trastornos psicosomáticos, es la falta de límites claros en los roles parentales. Nosotras creemos, desde la perspectiva sistémica, que así como la violencia o la enfermedad pueden ser “contagiosas”, de la misma forma las actitudes para buscar el bienestar de los integrantes también se propagaron entre ellos. Por ejemplo, cuando buscaron terapia ya que suponemos que en ese espacio encontraron beneficiarse como personas y familia.

La Sra. G. y el Sr. M. no les permitían crecer a sus hijos ya que esto implicaría que volaran y salieran de su casa, dejándola a ella “desprotegida” y a él forzado a enfrentar su relación conyugal. Durante años su relación se ha deteriorado y

habían triangulado, evitado y desviado sus conflictos por medio de sus hijos. Es probable que otra razón para evitar la autonomía, independencia y crecimiento de sus hijos es que la Sra. G. no tenía ningún proyecto personal a futuro y se quedaba sin el trabajo de ser mamá de hijos chicos y sin la posibilidad de recibir beneficios económicos secundarios ya que le pide dinero para sus hijos y muchas veces se lo queda ella. Al final de la terapia cada uno de los chicos demostró luchar por su independencia de forma responsable, ganando terreno poco a poco en armonía.

En una de las ocasiones se le desafió a la hermana menor G. diciéndole que podía seguir sacrificándose y enfermándose para que su familia pudiera expresarse el amor que se tenían y para que parara la situación de violencia ya que parecía ser una forma muy eficiente el sentirse mal y estar enferma. Ella comenzó a comprender la relación que había entre enfermedad y violencia en su familia y al irle poniendo nombre a sus diferentes emociones como: miedo, enojo, preocupación, impotencia y frustración, entre otras, los síntomas físicos como migrañas comenzaron a disminuir notablemente.

Como ya hemos mencionado, en diferentes partes del proceso se intentó trabajar con la familia pero no fue posible por lo que la mayoría de las sesiones fueron individuales bajo el marco teórico de la terapia sistémica familiar. Dadas las circunstancias de la terapia individual, una de las formas en las que podíamos traer a la familia y comprender sus interacciones, era por medio de **preguntas de intervención** invitando a la terapia tanto a la abuelita que murió hace años como a los padres.

De esta forma se tenía conocimiento de lo que hacían los diferentes miembros de la familia cuando ocurrían los problemas, quién reaccionaba primero o después, alianzas y coaliciones familiares, además de creencias y mandatos familiares. Por ejemplo al principio de la terapia en el proceso con N. se le preguntó ¿cómo se sentiría su abuela de verla estudiar y terminar una carrera? ¿Qué le diría con respecto a su comportamiento, etc.?

Este tipo de preguntas tuvieron la intención de que N. se sintiera influida de forma indirecta y creemos que esta es una pregunta reflexiva de acuerdo a Karl Tomm ya que la finalidad era que fortaleciera su autonomía. Otras preguntas que se hicieron en el proceso fueron, ¿qué hacen ahora ustedes (a los hijos) cuando sus padres pelean? Y ¿qué hacen sus padres cuando ustedes se encierran en su cuarto y los dejan a ellos discutir solos? Creemos que estas preguntas son de tipo circular pues la intención del terapeuta fue explorar si había cambiado la interacción familiar en momentos de tensión. Como parte de las preguntas que consideramos de tipo estratégico se le cuestionó a D. ¿No te gustaría dejar de salir con gente que te pone en riesgo y que pone en riesgo a los demás? La intención de la terapeuta fue influenciar al paciente de manera específica para que dejara de tener conductas violentas y de riesgo contra sí mismo y contra los demás.

El **contexto socio-cultural** fue importante para analizar este caso pues el individuo, la familia, nuclear y la comunidad son un todo y una parte al mismo tiempo que se contienen recíprocamente (Minuchin, 2009.) Dentro del contexto cultural en el que ha estado inmersa esta familia se pueden ver características del **patriarcado** y ciertos aspectos de **género** que describiremos a continuación.

Con el fin de investigar las creencias socioculturales, se les pidió individualmente su ayuda para realizar un genograma y en el desarrollo de este trabajo se platicó acerca de los patrones que se habían repetido generación tras generación. Lo que se encontró de forma más evidente fue la violencia, el alcoholismo y los hijos y hermanos mayores parentalizados. Los conceptos que se aprendieron a través del tiempo también se entrelazaban con las creencias de género.

La manera en que los padres, hijos, hombres y mujeres de esta familia se debían comportar, se había dictado por la cultura en la que habían estado inmersos. Obedecer a los mayores era importante, ya fueran hermanos, padres, tíos, abuelos, etc. Por generaciones las mujeres habían tenido que comportarse de manera sumisa, mostrando obediencia y respeto a los demás aun cuando estas

personas (hombres en general y mujeres mayores) abusaran de ellas física, emocional y sexualmente.

Los hombres, podían mandar a las mujeres, así como ejercer abierta y libremente su sexualidad, ser infieles en las relaciones de pareja, así como beber alcohol. La hija menor, hoy de 15 años, fue abusada sexualmente (tocamientos) por su abuelo materno a los siete años de edad, situación que su madre minimizó y negó.

Este tema se entrelaza con las reglas interaccionales dentro de esta familia y por ejemplo, si los hijos se mostraban como adultos autónomos e independientes, podían ser sancionados, ya que se les había pedido que fueran dependientes de sus padres emocional, física y económicamente. Por ejemplo, cuando el hijo de 20 años quería tener alguna relación de pareja, su madre le criticaba, diciéndole que sus novias eran unas “zorras” y poniéndolo en evidencia en frente de sus amigas o personal académico de su escuela.

Por otro lado, quería dormir en su propia habitación; sin embargo, sus crisis respiratorias, junto con las de ansiedad y miedo, le llevaban a dormir con su madre. A su vez, la madre buscaba en el hijo protección y alianza para sentirse apoyada dentro de su sistema familiar y en ocasiones, cuando su esposo bebía alcohol los violentaba física y verbalmente.

Otro ejemplo sería, el que la hija menor de 15 años se rebelaba en casa pues su madre la quería seguir peinando como niña. Sus intentos por crecer y diferenciarse eran vistos como algo indebido y ella se rebelaba en extremo con las autoridades de la escuela, contestándoles agresivamente y negándose a estudiar.

Esta hija quería mostrar a todos que ya era adulta y por ejemplo que podía conquistar hombres diez años más grandes que ella para tener relaciones sexuales, como sucedió en una ocasión. Otra muestra de que en esta familia, la independencia podía llegar a ser sancionada era el hecho de que la hija mayor de 25 años, buscaba su autonomía, escogiendo un novio o un trabajo que serían criticados por sus padres.

A través de las reglas interaccionales anteriormente mencionadas inferimos que una de las creencias familiares es que “los hijos no deben ser independientes pues puede amenazar la dinámica familiar”. A la vez estas creencias están sustentadas por premisas socioculturales como “los padres toman decisiones y los hijos deben obedecer.” Consideramos que estas creencias familiares estaban establecidas de tal forma que propiciaba el funcionamiento homeostático del sistema donde se anclaba en una etapa del ciclo vital de la familia con hijos pequeños, ya que se descalificaba cualquier intento de autonomía de los hijos.

Nos parece que la familia fue capaz de desafiar, cuestionar y dismantelar antiguas ideas para **construir nuevos significados**. Este cambio de significados se puede ver cuando N. se aleja de su cuarto en los momentos en que sus papás comienzan a pelear y ya no se mete entre los dos, ya que actualmente considera que no es un asunto que a ella le corresponda solucionar ni que tampoco los tiene que cuidar, con lo que abandona algunas de sus creencias que la hacían ser una hija parentalizada.

D. por otra parte, ha cambiado su forma de considerar que debe cuidar a las mujeres de su familia. Anteriormente, esto significaba golpear en la calle a los muchachos que voltieran a ver a sus hermanas y actualmente si su padre se alcoholiza, simplemente se las lleva a casa de una tía o a casa del novio de su hermana N. para protegerlas por medio de evitar un encuentro violento que muy probablemente se dispararía con el alcohol.

En ambas **familias de origen** el uso de la **violencia física, emocional, verbal, patrimonial y psicológica** se ha repetido entre los padres del Sr. M. y la Sra. G. y posteriormente de ellos hacia los hijos y actualmente entre los hermanos y primos.

En esta familia, recurrían al uso de la violencia física, verbal, sexual, psicológica y patrimonial para intentar obtener el poder. Por ejemplo, en el **holón conyugal**, cuando los niños eran chicos, el Sr. M. alcoholizado violaba a su esposa y ella (de acuerdo con la versión de N., la hija mayor y de D. el hijo de en medio) ha intentado ganar poder cobrándole esta conducta a través de exigirle dinero y

gastárselo en cosas personales en lugar de utilizarlo para el gasto familiar y para posteriormente poder exigir más.

Como menciona Foucault (1967), las relaciones de poder impregnan la historia de las familias, su pasado, su presente y también su futuro. Hoy en día violar a su esposa sería lo que en Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2013), considera como un acto que denigra la sexualidad de la víctima y como una expresión de abuso de poder que implica la supremacía sobre el otro, al denigrarlo y concebirlo como objeto.

Con este ejemplo, también podemos comprender lo que menciona Foucault, respecto a que el poder, no solo reprime sino que también induce, seduce, facilita, dificulta, amplía, limita o prohíbe. Esta relación puede tener violencia y cuando es utilizada deja de ser una relación de poder para transformarse en una relación de violencia, como en esta pareja.

En el **holón parental**, el uso del poder había sido manejado por parte de la Sra. G. hacia sus hijos, ejerciendo límites difusos cuando los dejaba hacer lo que quisieran como pasear con el novio sin horario claro o besarse en frente de ella (con esto ella había tenido ganancias como el que la cuidaran y defendieran de su esposo) sin embargo, cuando esta conducta de dejarlos hacer lo que quisieran era reprochada por el esposo, ella entonces, recurría a manejar límites rígidos hacia éstos para ser vista por él como buena madre.

La señora G. hacia sus hijos ejercía violencia física, verbal y psicológica. Por ejemplo, para levantarlos cuando no le querían ayudar en alguna labor doméstica los golpeaba con la manguera o no le permitía a G. de manera arbitraria el uso de la computadora, teléfono o radio.

En cuanto al Sr. M., había tendido a violentar verbal, psicológica y físicamente a D. para ejercer dominio sobre la Sra. G., ya que ella se inclinaba en defender a su hijo, ganando así la lealtad de D. Cuando en el holón conyugal había conflictos, D. se metía a defender a su mamá, como en agradecimiento a su defensa. El Sr. M. ofendía a su hijo D. constantemente diciéndole que era un inútil para hacer

trabajos mecánicos y escolares. También lo había involucrado en relaciones extramaritales desde que el niño era pequeño. Esto sería una manera de ilustrar la violencia psicológica. Actualmente el Sr. M. no abusa sexualmente de la señora G. ni tampoco golpea a sus hijos.

Otra forma del **manejo del poder** en esta familia, es que el Sr. M. jura para mantenerse sobrio y lo utiliza como un medio para que sus hijos cumplan con sus compromisos académicos. Juró, cuando N. entró a la carrera de Psicología y tomó cuando se graduó y le ofreció a D. volver a jurar cuando el entrara también a su carrera. D. se salió temporalmente de la carrera y el Sr. M. siguió consumiendo alcohol esporádicamente. Pareciera ser que la presencia o ausencia de los problemas les da a los integrantes de esta familia motivo para hacer y/o dejar de hacer algo.

Probablemente no han aprendido a generar otro tipo de motivación para hacer algo constructivo consigo mismos sin referirse al problema del otro.

P

M

N., D., G.

En cuanto a la **familia extensa**, los primos y tíos que están casados también ejercen violencia entre ellos y hacia sus hijos pequeños. De esta forma la violencia ha sido normalizada en estas familias por varias generaciones. Cabe mencionar que a raíz del proceso terapéutico los hijos: G., N. y D. han comenzado a nombrar estas actitudes agresivas como “violencia” ya que antes no eran percibidas de esa forma.

Tanto la Sra. G. como sus hijas han recurrido al uso de la violencia física y verbal hacia hombres y mujeres, a pesar de que esto vaya en contra de la supuesta “sumisión propia del género femenino.” Con este ejemplo podemos ver cómo la violencia es una cadena que se repite a través del tiempo y de las generaciones.

Como veremos, en esta familia aún queda mucho por trabajar para que la mujer tenga empoderamiento y pueda transitar de una situación de opresión y desigualdad, a mayor autonomía manifestando el ejercicio del poder democrático que le permita gozar plenamente de sus derechos y libertades. La hija mayor, puede estar dando pasos a favor de este proceso de empoderamiento, ya que actualmente puede tener decisión acerca de su elección de carrera, trabajo y pareja.

A pesar de los **mandatos transgeneracionales** anteriormente expuestos, dentro de esta familia ha habido avances como lo son que las mujeres en la generación de N. y G., han sido apoyadas para terminar sus estudios, incluyendo una Licenciatura. N. decidió ir a trabajar en lo que quería y a pesar de que sus padres no estaban de acuerdo al principio, la han respetado. Al defender su empleo actual, N., está reflejando una manera de asumir el poder.

Otra de las pautas transgeneracionales observadas sobre todo en la familia de origen y extensa son las hijas mayores que tienden a ser parentalizadas, ya que tienen la obligación de cuidar a sus propios padres si es necesario y a sus hermanos menores como es el caso de N. que cuidó a su hermana menor desde que nació y hasta la fecha asume el papel de madre en algunas situaciones como la escuela. Anteriormente ya habíamos mencionado que la Sra. G. fue y es cuidada por su hermana A. y por N., su hija cuando se requiere.

El **consumo de alcohol y drogas**, también ha sido heredado de generación en generación, el padre del Sr. M. abusaba del alcohol así como lo hace el Sr. M. quien continuamente jura para intentar controlar su consumo. D. en diferentes etapas también ha bebido alcohol en exceso y ha llegado a tener repercusiones sociales, tales como: pleitos en la calle con desconocidos y con vecinos de su colonia, en fiestas y con “amigos.” Dentro de las repercusiones familiares están los pleitos con sus papás por llegar a su casa tarde y en estado de ebriedad. Hace algunos años empezó con el consumo de marihuana pero su papá lo obligó a ir y acompañar a un primo a un grupo de Drogadictos Anónimos y paró de consumirla.

Todos sus tíos y primos del lado de la Sra. G., consumen alcohol y constantemente tienen riñas a causa de esto. Algunos de sus primos son choferes de camiones y es muy común en este círculo el consumo de cocaína y medicamentos varios para mantenerse despiertos en la carretera durante la noche.

Las **enfermedades psicosomáticas** son una pauta que también se ha repetido en toda la familia de la Sra. G. ya que es una forma de mantenerse al tanto, mostrar preocupación y cariño y disminuir la violencia. Cuando la hermana de la Sra. G., A., se enferma de cualquier cosa, ella inmediatamente se va a su casa a cuidarla y a atenderla y antes de saber el diagnóstico la preocupación podría considerarse exagerada porque por ejemplo de una colitis existían fantasías de muerte. Si se han molestado entre ellas, este es un buen momento para demostrarse cariño y tener una reconciliación. Dentro de la familia M. esta pauta se da a todos los niveles; entre los esposos, de padres a hijos, de hijos a padres y entre hermanos.

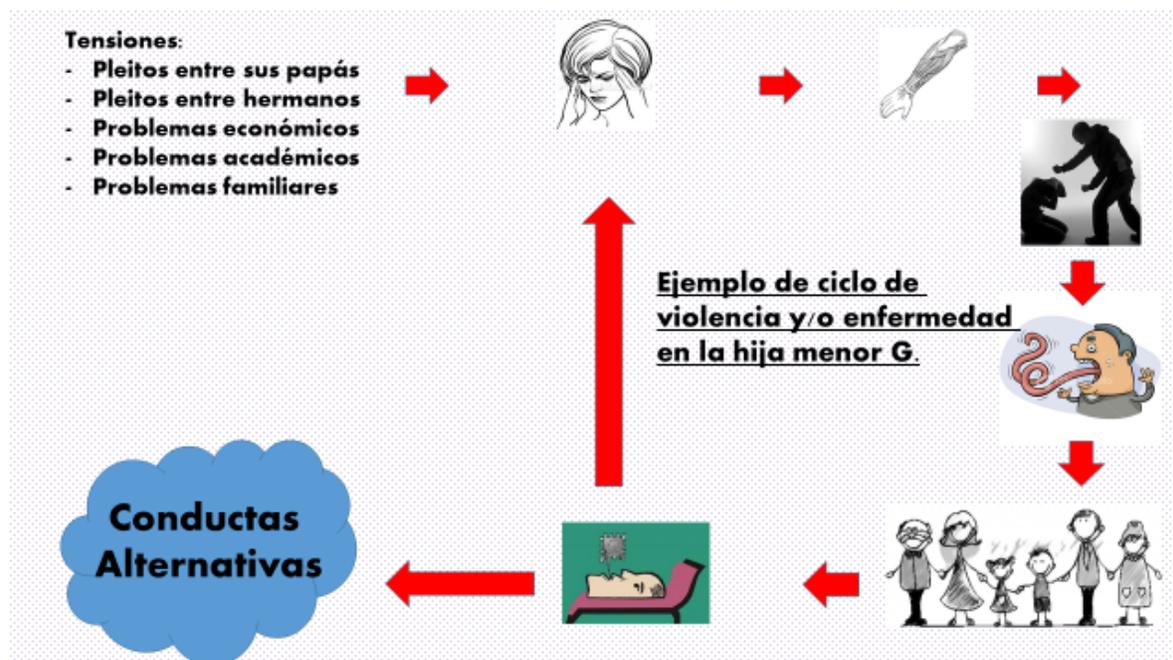
Nuestra **pregunta principal de investigación** se enfocó en indagar, ¿cuál es la relación entre violencia familiar y enfermedad psicosomática, como elementos autoreguladores de la homeostasis dentro de la familia? A continuación mencionaremos algunos ejemplos de cómo se dan estas pautas dentro de ésta.

En esta familia lo que hemos podido observar es que no hay un solo miembro vulnerable al estrés familiar y que manifieste síntomas sino que se van alternando y casi siempre hay un integrante enfermo.

En general las enfermedades psicosomáticas de todos los miembros de la familia, en ocasiones son una herramienta más para tener el poder desde el que está enfermo para obtener ya sea atenciones, cuidados, permisos, regalos, evitar regaños, sanciones o castigos, etc. Por ejemplo cuando G. iba a reprobar varias materias saliendo de tercero de Secundaria, le dieron fuertes dolores de cabeza con lo que tuvo que faltar a la escuela y le perdonaron o postergaron algunos exámenes. Además las relaciones familiares mejoraron en general ya que todos

estaban al pendiente de quererla, atenderla y no provocarle enojos. Le practicaron estudios de sangre, orina y un encefalograma en los que no salió nada irregular.

En otra ocasión, durante un pleito entre la Sra. G., el Sr. M. y N., la hija menor G. empezó a intentar hablar y no podía articular palabra. Todos se preocuparon por ella y pararon la pelea. Regresaron los dolores de cabeza y todas las atenciones y la paz al hogar. Lo anterior se esquematiza en el siguiente diagrama:



Cabe mencionar que después de este episodio, G. regresó a terapia lo que le dio la oportunidad de empezar a generar conductas alternativas como no involucrarse en los pleitos de sus papás, quedarse en su cuarto o seguir en el mismo ciclo y que sus síntomas pudieran empeorar.

En los episodios de depresión de la Sra. G., cuando G. acababa de nacer, se quedaba acostada sin bañarse e incluso se orinaba en la cama y N. de 11 años de edad se encargaba de cuidar y limpiar a su mamá, atender a G. que estaba recién nacida, las labores de la casa y todo esto en ocasiones ayudada por su abuela paterna. La depresión le “ayudó” a la Sra. G. a que su marido dejara a su amante

y regresara a casa con ella y sus hijos. Durante un tiempo las cosas funcionaron mejor, la violencia y el consumo de alcohol disminuyó pero al poco tiempo regresaron a la misma dinámica familiar en donde la violencia predominaba y las enfermedades psicosomáticas la contenían.

Los hallazgos de estos investigadores revelan que cuando los patrones de interacción de la familia cambian, pueden ocurrir cambios significativos en la manifestación de síntomas de las enfermedades psicosomáticas. Lo que hemos observado es que cuando hay un episodio violento la enfermedad psicosomática tiende a manifestarse en uno o más miembros de la familia (Minuchin et al., 1978).

Además de los factores estresantes que existen dentro de la familia hay otros que también lo generan. Por ejemplo, como parte del estrés extra familiar podemos encontrar factores económicos, conflictos con la familia de origen de los padres, conflictos con autoridades escolares, invitaciones a consumir drogas o alcohol, actos vandálicos y necesidades de pertenencia a grupos por medio de conductas de alto riesgo. Cuando existen dichos disparadores del estrés es más factible que la enfermedad surja dentro de la familia. La tensión familiar aumenta las posibilidades de riesgo tanto para tener síntomas o enfermedades como para que la violencia surja o se intensifique.

En el tiempo que D. y G. estaban en terapia, la Sra. G. se enfermó. Ambos estaban muy preocupados por ella. La sensación era de muerte dentro de la familia. La Sra. G. hablaba secretamente con su hermana A. acerca de su enfermedad y cuando sus hijos le preguntaban por su salud no les quería decir lo que le pasaba para "no preocuparlos". Durante ese tiempo, los pleitos entre el Sr. M. y ella disminuyeron y los tres hijos intentaron comportarse y no dar problemas dentro de la casa para no preocuparla y agravar su estado de salud. Finalmente después de dos semanas la Sra. decidió abrir el diagnóstico a su familia y contarles que lo que tenía era una gastritis, la medicaron y salió adelante.

El Sr. M. tiene un fuerte dolor en la espalda y en el estómago, sin embargo nunca ha querido ir al doctor para ser revisado o hacerse unos estudios y poder tener un

diagnóstico asertivo. Su explicación es que prefiere que sus hijos estudien y coman, aprovechando el dinero en ellos sin gastarlo en él. Cada que hay un pleito fuerte dentro de la casa, él empeora con los dolores y tanto la Sra. G. como sus hijos le ponen toda la atención y paran las peleas intrafamiliares. Nos parece que esta es una forma más de como la enfermedad toma poder y da poder ya que él la puede utilizar como un arma para exigir buen comportamiento por parte de sus hijos y esposa. Algunas frases textuales de los miembros de esta familia en este sentido son:

- ...“yo que me mato trabajando a pesar de estar tan enfermo y ustedes que no aprovechan lo que yo les doy...”(sr. M.)
- ...”mi papá (o esposo) ahora si está re malo, estamos muy preocupados y no le podemos dar más problemas...” (hijos y Sra. G.)

D. estaba terminando la Preparatoria con muchos esfuerzos y no estaba seguro de meterse a estudiar una carrera pero se vio presionado por sus papás. El Sr. M. había prometido jurar (mantenerse sobrio) por otros cuatro años y pagarle todo lo que necesitara. Cómo N. había terminado la carrera de Psicología, la familia esperaba que el siguiente fuera D. Al mismo tiempo él estaba muy enamorado de su novia K. con la que había tenido fuertes peleas y había terminado. En su casa tenía un perro que era muy especial para él y lo vio morir por ingerir veneno de ratas que su mamá había puesto.

Al día siguiente él empezó a sentir todas las reacciones físicas que observó en el perro, como sentir que se ahogaba, que no podía respirar y creyó que el también moriría. Comenzó a tener mucho miedo y su mamá se iba a dormir con él todas las noches por dos meses aproximadamente. Como él fumaba cigarrillos creyó que estaba mal de los pulmones de tanto fumar y paró de hacerlo. Posteriormente dejó de jugar futbol porque creyó que el ejercicio lo estaba afectando. Finalmente fue al consultorio psicológico después de dos meses y se le refirió al Psiquiatra para que lo medicaran. Una vez medicado con ansiolíticos y antidepresivos comenzó su proceso terapéutico. El Psiquiatra lo diagnosticó como Ataque de Ansiedad y Trastorno de Ansiedad.

A raíz de esto ya no lo presionaron para entrar a la universidad ni para trabajar con su papá ni para hacer ninguna labor dentro de la casa. Durante el tiempo de recuperación dejó de reñir con sus hermanas, con sus padres, con los desconocidos en la calle y también dejó los actos vandálicos que cometía con sus primos. Pudo regresar con K., su novia y todos estaban al pendiente de él.

El Sr. M. fue a hablar con la terapeuta por su petición y se le explicó cuál era la situación de D. ya que era muy difícil para él comprenderlo. Después de dicha plática fue mucho más comprensivo con él y dejó de violentarlo verbalmente.

Cabe mencionar que cuando D. comenzó a sentirse mejor, también empezó a salir con sus primos y un día llegó muy preocupado a contar en sesión que habían cometido un robo a las oficinas de la cancha de futbol que queda junto a su casa en donde uno de los socios es su tío Ch. (hermano de su mamá que tiene muchos problemas con su papá y mala relación con él). Estaba muy temeroso de que sus papás lo supieran pues no quería decepcionarlos, ya que, él no había sido criado como un “ratero”.

Daba la impresión de que quería que lo mandaran a la cárcel para pagar y para ver si se le quitaba lo “pendejo”. A raíz de esto empezamos a platicar acerca de otras “maldades” que cometían como tirarle piedras a los cristales de los autos en la noche para ver si chocaban, colocaban llantas en mitad de la carretera, le echaban pipi a los que comían tacos en las esquinas, le aventaban hielo raspado a personas que caminaban por la calle y si les “mentaban la madre”, como él señalaba, se regresaban a golpearlas incluso con una herramienta.

Eso sí, D. decía que era muy cuidadoso de no pegarles en la cabeza. También comentó acerca de actos crueles con animales como perros o codornices. Consideramos que estos actos tienen que ver con un nivel de violencia que ha transformado la identidad de D. Creemos que tiene un nivel de psicopatía que sería importante atender. Se le pidió que regresara con el Psiquiatra y que le contara todo esto para ver si el uso de medicamentos lo podía ayudar a controlar estas conductas agresivas.

También se le pidió que cesara con los actos vandálicos durante el proceso de la terapia para poder trabajar y que la terapeuta no se convirtiera de confidente a cómplice y él lo aceptó, fue a tres sesiones más, en las que reportó haber disminuido este comportamiento pero después ya no volvió con el pretexto de su situación económica.

Actualmente, después de una llamada telefónica para invitarlo a continuar el proceso terapéutico, comentó que había dejado el trabajo para poder retomar sus estudios. Por el momento, le era complicado asistir a terapia por sus horarios y economía.

N. se enfermaba de colitis y algunas veces de gripa. A raíz de su terapia psicológica pudo comprender con mucha facilidad cuál era la dinámica familiar y salirse del juego. Actualmente trabaja, sale con su novio o amigos y cuando regresa a su casa intenta no engancharse con ninguno de los pleitos entre sus papás o entre sus hermanos. Ha intentado alejarse del rol de hija parental y deslindarse de las responsabilidades que le tocan a su mamá como ir a la escuela de G. o marcarle límites.

Lo anterior podría ilustrar lo que Foucault en su libro de "Sujeto y el Poder" aporta acerca de las relaciones de poder en donde el sujeto de hoy se rebela contra el cúmulo de acciones que son dirigidas desde su nacimiento hasta su muerte a que su conducta y sus acciones y su forma de ser sean las esperadas para entrar dentro del parámetro de los "normales."

Por su parte, N. ha salido del rol de hija parental y ha dejado de recurrir a la enfermedad psicosomática como un medio de expresar su inconformidad ante la violencia en casa. Le ha costado relacionarse con G. desde el lugar de hermana ya que estaba muy acostumbrada a cuidarla pero poco a poco lo ha ido logrando sin alejarse emocionalmente de ella. Como parte de sus propios proyectos, N. tiene un trabajo en el que se siente valorada ya que se queda a cargo del negocio de dulces cuando sus jefes no están y expresa que le gusta mucho ya que se desempeña muy bien.

Como parte de las intervenciones terapéuticas, se ha utilizado el proceso de **deconstrucción** en esta familia, lo que ha ayudado a que sus integrantes identifiquen las premisas a partir de las cuales han ido construyendo su historia, validando su realidad y sustentando una serie de hábitos de relación (Maldonado y Aurón, 2006). Posteriormente, se procedió a hacer una **co-construcción** en labor conjunta terapeuta y familia que pudiera facilitar la emergencia de historias alternativas de la realidad, sustentadas por nuevas premisas.

Por ejemplo, en este caso, se han comenzado a identificar distintas premisas que guíen la manera de relacionarse de otras parejas, hermanos, hijos que conocen, quizá las que permiten expresarse afectos y ternura, sin necesariamente tener como ingrediente único a la enfermedad psicosomática. También se ha empezado a reconocer cómo en otras relaciones, se da la posibilidad de hablar sin gritar y de tocarse físicamente sin lastimar.

Se resaltaron los **lados fuertes o recursos** de cada uno de los integrantes de la familia F.M. El Sr. M. ha hecho un gran esfuerzo para sacar adelante a su familia, parar su consumo de alcohol, tener una relación de confianza y apertura con sus hijos y ser querido por ellos. A la Sra. G. se le felicitó porque a pesar de sus fuertes depresiones y de lo mucho que ha sufrido ha permanecido unida a su familia intentando sacarla adelante. N. fue la primera integrante de su familia que terminó una carrera universitaria y tiene una gran capacidad de aprendizaje y valentía para afrontar el haber perdido a su abuelita con entereza, así como haber contribuido en la educación de su hermana, cuidado a su mamá y ser constante en un trabajo que le gusta, controlando su temperamento y su propia violencia con su familia, en la universidad y en el trabajo. A D. se le resaltó el gran esfuerzo de no seguir cometiendo actos vandálicos con sus primos y solucionar un evento de alcoholismo y violencia con su papá protegiendo a su mamá y hermanas llevándolas a casa de una tía para solucionarlo de una forma distinta de la que lo habían hecho antes.

Durante la terapia, se ha hablado con los diferentes miembros de la familia de diversos **temas psicoeducativos**. Esta intervención ha sido muy útil; se han

abordado temas como métodos anticonceptivos, efectos de drogas, alcoholismo, violencia y conductas de riesgo y las consecuencias que podrían tener.

Como parte de la **recuperación de personas maltratadas** queremos mencionar que es importante contar con ciertas redes de apoyo que pueden ser familiares o amigos cercanos, instituciones, ayuda profesional, etc.

El Sr. M. no tiene muchas **redes de apoyo** ya que no tiene mucha relación con su familia de origen, tanto su papá como su mamá ya fallecieron y la relación con sus hermanos no es buena porque la Sra. G. no los acepta. La Sra. G. tiene el apoyo de sus padres ya que viven en el predio del papá y físicamente están cerca para ayudarla. Ella tiene buena relación con sus hermanos y especialmente con su hermana A. a la que ve semanalmente y se hablan por teléfono diario. Cabe mencionar que esta hermana es la que la ha cuidado como si fuera su madre, repitiendo el patrón entre N. y G.

Los tres hijos tienen buena relación con sus primos hermanos (por parte de su mamá). N. tiene un novio que la ayuda y la apoya cuando lo necesita. A las redes que han acudido en emergencias médicas han sido recomendados por primos cercanos a la Sra. G. Actualmente, la familia, no cuenta con ningún seguro médico ni particular ni público. Dentro de su sistema de creencias, tienden a recurrir al hierbero para algunas enfermedades. La terapia psicológica ha sido una red importante para la familia a la que recurrieron en primer lugar como camino para el apoyo profesional de N., estudiante de Psicología.

Sesión en Coterapia, Junio, 2015.

Llegamos al consultorio ambas terapeutas y ya nos estaban esperando la Sra. G y sus dos hijas N y G. Comentaron que el padre no iba a poder llegar por su trabajo y que D probablemente nos alcanzaría.

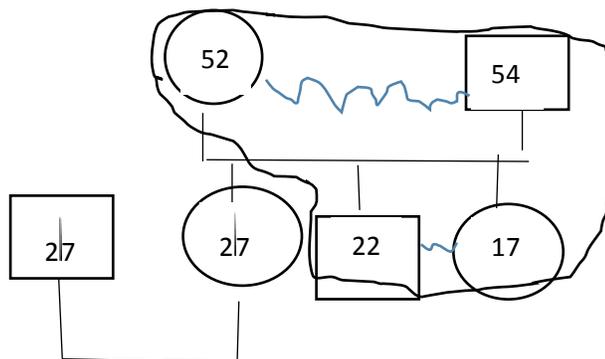
La familia recibió a Karina diciéndole que se les hacía familiar su cara, quizá la habían conocido anteriormente en algún lugar. No ubicamos de dónde pero se aprovechó esto para integrar al sistema terapéutico ahora con Karina. Mariana se encargó de introducir la sesión, presentando a su compañera de maestría y de

tesis y comentó que nos interesaba dar un seguimiento al proceso terapéutico que habían tenido.

Karina comenzó con la pregunta: ¿cómo va todo y qué tipo de cosas consideran que han cambiado después de su terapia con Mariana? N. tomó la palabra y dijo; “está al revés todo, las piezas se volvieron a desintegrar, la cabeza de la familia está mal (padres)”. Ante esto la madre comenzó a llorar y los demás se quedaron callados. Le pedimos a N. que continuara y dijo que su terapia le ayudó mucho pues antes traía una historia muy cerrada, llegó con Mariana y pudo sacar las cosas. “Hoy puedo platicar mi historia de vida, aunque duele, lo he ido elaborando y estoy tranquila. Antes tomaba partido de las decisiones de la casa, ahora trato de ir apoyando con consejos”.

Karina le comentó que si ahora que ya vive en otra casa ha podido cortar el cordón umbilical y dijo que no del todo, aunque ahora es más espectadora de lo que sucede con su familia, y llega a intervenir: “cuando hay algo muy fuerte”, y en eso su hermana G responde: “por mí, mi actitud es mala y mi hermana me da consejos”. D también interviene diciendo: “N tiene el carácter más fuerte que mi mamá pues mi mamá abre más opciones”.

Constantemente la señora quería interrumpir la narración de cada uno de sus hijos, le escuchábamos e interveníamos las terapeutas para que retomaran la palabra. Por ejemplo, cuando Karina le preguntó cuánto tiempo llevaba N. viviendo con su novio y se quedó pensando, la madre le señaló si ahora ya no se acordaba de las cosas, ya quería ver cómo iba a estar a su edad. Aprovechamos el comentario para preguntar la edad que al día de hoy tenía cada quien:



A continuación citaremos parte de lo que dijo la Sra. G. en la reunión y es posible que sea un poco confuso y ambiguo pero es parte de su discurso. Dice que sus hijos ven el esfuerzo de su padre porque ella les permite que vean eso y su papá se esmera por darles y ver a sus hijos y mandarlos a la escuela y el dinero solo lo maneja él y a ella no le da ni para un dulce. Le pide a Diego que le pida a su papá. Ahorita se siente muy feliz por la familia que tiene porque su hija cada vez que tiene un problema porque ella lo puede resolver pero le gusta pedirle un consejo y ayuda y no le dice que ella es la mamá porque ella es la mamá de los tres. De repente se siente incómoda pero lo tiene que hacer.

Pide su apoyo como profesional y cuando ve a sus hijos mal le pide ayuda como profesional y como hija a N. Para ella los tres valen lo mismo. No quiere el mismo patrón de su casa porque la casa es de ella y de repente últimamente cree que necesitan que se aplique en una cooperación porque le agrada y no por ella sino por qué ella les da la vida. A su hijo le ha pedido que si algún día llega a morir que se haga cargo de sus hijas y que no las desampare. Ella y su marido están peleados y en recamaras separadas.

Gaby y su mamá duermen en el cuarto de Gaby y ya no habla por teléfono ni fuma. El ya no quiere estar con ella y que solo estaba por sus hijos. Le duele mucho y es muy triste pero lo ha dejado que esté ahí. Hay otras cosas que le duelen. Ahorita ella quiere ver hasta dónde llega el Sr. M. y es muy humillante con ella porque él quiere que vaya y le ruegue y ella no lo va a hacer.

Preguntamos de su salud a N. y dijo que estaba bien, que de repente tenía “cosillas nuevas”, como dolores de estómago y que a veces la comida no le caía bien y que había aumentado de peso.

D. continuó diciendo que le ayudó mucho su terapia pues ahora puede controlar mejor los problemas, por ejemplo ante la ansiedad ha dejado los medicamentos y ahora ha buscado otras cosas que hacer como: ejercitarse, asistir a la escuela (estudia mecánica automotriz, lleva 5 meses), hacer la tarea escolar y trabajar con su papá en el taller. Reportó que antes se sentía enfermo y de repente no podía respirar, se le hacía un nudo en la garganta y con la terapia fue entendiendo cómo

su mente puede luchar para tener más control de eso. Con el antidepresivo se sentía cansado y con mucho sueño, entonces lo fue dejando poco a poco, aun cuando la doctora y en su casa le decían que no lo podía suspender.

Karina le preguntó cómo se conecta ahora su cuerpo con la situación familiar y D. respondió que se mete mucho otra vez en las peleas que hay entre sus padres y que se siente como: “en un cuento de nunca acabar”, pues su papá le dice una cosa, luego su mamá otra y se reclaman uno al otro a través de él. Entonces, dijo que la terapia le ayudó mucho a controlar algunos problemas que antes tenía (como sentir la falta de respiración) y ahora le han llegado otros. Por ejemplo, que su mamá no valore el dinero pues a su papá le cuesta mucho ganarlo y que ella crea que no se lo da porque no quiere y se desquite dejándole su ropa sin lavar.

Ahora que ha estado trabajando con su papá D. ha visto que tiene muchas presiones y problemas. La señora señaló que ella aplica la frase de: “si no me da para el gasto, no hay comida, aunque ella va y compra con lo que tiene”. D. indicó que su padre está más solo, y que es muy diferente en el taller, de hecho se llevan mejor ahí, pues cuando llega a casa se pone de mal humor. Entiende que se enoje con su mamá cuando su ropa no está limpia después de haber trabajado todo el día.

Le preguntó Mariana a la señora cómo iba la relación entre ellos como esposos y si había algún tipo de violencia. Contestó que verbalmente él la sigue humillando y que después él quiere que ella vaya y le ruege. Actualmente duermen separados, el señor en el cuarto de D. y la señora en el cuarto de G. Llegaron a esto un día que don M sacó su televisión de la recámara y entonces la señora le sacó su ropa: “le ayudé a que se saliera”, “me dijo que no quería saber nada de mi y que solo estaba en la casa por mis hijos”.

La señora por un lado dice que el señor no le da dinero a ella y que por el otro se esmera en darles a sus hijos. De igual modo, habla de que el señor la humilla y por el otro de que se siente muy feliz por la familia que tiene, sobre todo porque su hija N. es psicóloga a la que le pide consejos para resolver los problemas de la familia. Dijo que tenía mucha confianza en sus tres hijos, que todos valen lo

mismo, aun cuando su hija N. se le fue no deja de valer. Que les pide que todos sigan cooperando para la casa.

Este discurso de la señora a ambas terapeutas se nos hizo confuso, igual su lenguaje, de repente ríe y de momento llora. Esta comunicación poco clara no se la señalamos durante la sesión.

La intervención de la hija mayor G. fue por momentos durante la sesión, llegó a reclamar a su hermano que tomaba la ropa de su papá, también dijo que era ella la que metía más problemas a la familia actualmente por su actitud negativa y rebelde. Con su hermano D pelea verbal y físicamente. Ante los problemas de sus padres les dice que a ella no la metan y que no se quejen con ella de lo que nos les parece del otro. Coincide con su hermano D respecto a que su papá busca en los hijos “ganchos” o “aliados” para pelear contra su madre.

Ante la pregunta de cómo va su salud, G. responde que va mejor y que su dolor de cabeza llega cuando se estresa mucho pero no como antes. Desea regresar a terapia con Mariana, lo antes posible. Ya no quiere ponerse en riesgo, como en una ocasión en la que estuvo a punto de fugarse con su novio a Veracruz. Considera que si lo hubiese hecho, hoy no sabe cómo le estuviera yendo. Cree que el ambiente de amigos que tiene le afectan negativamente, por ejemplo si ellos fuman ella también. Piensa que no es estable en sus ideologías y que sí se deja influir mucho por los demás. De repente cree que: “ya le vale todo” y se siente mal por pelear constantemente con su hermano D.

Llega a decir cosas y a actuar impulsivamente (el otro día que se enojó se pegó a propósito en la mano y se lastimó, también le llegó a decir a su hermano que ojalá se muriera). Con respecto a este comentario dijo que se sentía arrepentida de haberlo dicho y que se retractaba. Nos contó que su papá ha jurado no tomar por 5 años hasta que ella y D. terminen de estudiar.

Así como D. se siente en medio del conflicto entre sus padres, actualmente le enoja mucho que su hermana menor se le enfrente a su mamá y entonces el

conflicto explota entre los hermanos. Llamaron a N. para que interceda por todos y para que venga a tranquilizar el ambiente.

Hablando sobre la violencia, la familia comentó que siguen agredándose verbalmente unos a otros. Sin embargo, se han evitado los golpes físicos de su padre hacia su madre. Entre los hermanos menores sí continúa la violencia emocional y física. D. y su papá se han controlado y evitó ir a golpear al novio de G. cuando éste le provocó un día pasando por el taller y diciendo: “hola cuñado, ya me eché a tu hermana”. La violencia económica aún se manifiesta cuando se manipulan los recursos entre unos y otros (dinero y comida).

D. mencionó irónicamente que sus papás cada que se enferman dicen que “el día que yo me muera...” y con eso se la pasan desde hace años.

Para el cierre de la sesión Karina le dijo a N. que ella no podía ser la psicóloga de su familia y que por ética sabía que no debía atenderlos con la intención de que su madre y sus hermanos escucharan y también ella se pueda descargar de esta responsabilidad que no le corresponde. También les dijimos que a pesar de la violencia física ha disminuido se sigue justificando sobre todo con la madre que mencionó en varias ocasiones que les había golpeado pero que había valido la pena porque ahora sus hijos eran personas de bien.

Mariana le dijo a G. que era bienvenida a regresar a terapia cuando quisiera y que la felicitaba por estar interesada en comportarse mejor y que le creía cuando manifestaba querer cambiar (D. había dicho anteriormente que ya no le creía nada a G.) Se felicitó a D. por ya no actuar impulsivamente, seguir estudiando y trabajando al mismo tiempo y porque la ansiedad que era su mayor problema en el pasado había sido superada. En general se les mencionó que era maravilloso que ninguno de los tres siguiera con enfermedades y malestares crónicos como antes.

Otras posibles propuestas de intervención

En el transcurso de nuestro trabajo y nuestras charlas acerca de lo que se hizo con la familia encontramos intervenciones nuevas que nos hubiera gustado hacer en el caso hipotético de poder ver a la familia en un futuro y hacerlo en conjunto en la modalidad de coterapia, esperando que pudieran ser de utilidad para cada uno de los integrantes y para toda la familia.

Las **metas terapéuticas** a futuro serían:

1. Trabajar con la pareja para lograr una mayor comunicación, confianza y apoyo y respeto. Seguir fortaleciendo el holón conyugal y destriangular a D. al lugar que le corresponde de hijo.
2. Trabajar sesiones padre-hijo para fomentar el respeto, el acercamiento y la posibilidad de que este señor tenga una mejor relación con D.
3. Promover el que los límites sigan claros, en dónde el padre de familia no vuelva a ser periférico ni a intentar hacerse visible gritando o golpeando. Reestablecer su jerarquía como papá y esposo. Trabajar con él la importancia de reforzar sus redes de apoyo.
4. Ahora que N. vive con su novio, reflexionar que es importante que esté alerta para no repetir su propia violencia en su casa, con su pareja y sus futuros hijos (si decide tenerlos).
5. Reforzar que si el señor no es violento (ni física, ni emocionalmente) en el espacio público también lo puede lograr en el espacio privado ya que no están tan separados. Se podría trabajar en sesiones individuales pudiendo conversar con él acerca del significado de la violencia y haciendo consciencia de sus diferentes contextos.
6. Seguir trabajando con los factores de riesgo en esta familia por ejemplo:
 - El alcoholismo del Sr. M., ya que jura constantemente pero cuando termina el juramento vuelve a tomar esporádicamente. Este es un factor de riesgo ya que

cada que toma se pelea con la Sra. G. y con sus hijos y la probabilidad de que surja la violencia aumenta con el alcohol.

- G. está en riesgo ya que en el ambiente escolar hay una fuerte oferta de drogas que ha rechazado varias veces, entre su grupo de pares existen relaciones sexuales sin protección, están muy de moda ser pareja de los porros y acompañarlos en sus actos vandálicos, perforaciones y sus consecuencias si se hacen sin las precauciones higiénicas necesarias. La meta terapéutica sería analizar las situaciones y las consecuencias antes descritas con G. para que pueda protegerse, prever y/o anticipar factores de riesgo.
 - Nos parece que el que se encuentra en mayor riesgo de todos es D. ya que por sus creencias acerca de la masculinidad, y por sus características psicópatas como robos y actos vandálicos en compañía de su primo hermano lo ponen en riesgo de ir a la cárcel o ser agredido físicamente si fuera sorprendido. La Sra. G. se enteró que su hijo D. participó en un robo, e intentando darles una lección les pidió dinero y según ella quemó el dinero para “quemar la deshonestidad”. Sin embargo, tanto D. como sus primos y nosotras creemos que no fue así y que lo tomó para sus gastos personales. La meta terapéutica en este sentido sería anticipar consecuencias físicas, sociales, legales de los actos antes mencionados.
 - Continuar cuestionando las pautas transgeneracionales de violencia heredadas para que esta familia maneje sus relaciones libres de dicho ingrediente.
7. Seguir hablando de las áreas fuertes de esta familia, formulando enunciados denominados de “curiosidad perpleja”, como los señalan Minuchin y Fishman, citados por Velasco y Sinibaldi (2001). Por ejemplo: “¿no es extraordinario el esfuerzo que ha hecho esta familia para venir a terapia y trabajar sus pensamientos, conductas y emociones?”, “nos parece a nosotras terapeutas, que si sólo nos enfocamos a esta faceta de los hijos, dejamos de ver estas otras...”

A continuación mencionamos algunas preguntas que pudieran plantearse para contribuir al logro de las metas terapéuticas antes mencionadas.

Preguntas circulares

- Qué hacen ahora ustedes padres, cuando sus hijos pelean?
- ¿Qué hacen ustedes hijos cuando sus padres pelean?
- ¿Cuál es la actitud actual de D. cuando G. le contesta mal a su mamá o tiene algún problema con ella?
- Ahora que N. ya no vive en la casa, cuando existe un conflicto ¿Cómo resuelven las situaciones en las que ella ayudaba?
- ¿Cómo se maneja las reglas dentro de casa ahora que N. vive fuera?
- ¿Si es que se ha transformado la relación entre N. y G. ahora que ya no vive en casa, cómo ha sido este cambio?

Preguntas Estratégicas

- ¿Por qué no busca orientación psicológica cuando necesita ayuda en lugar de solicitarla de su hija N.?
- ¿D., porqué no platicas con tu primo que estuvo preso para saber su punto de vista o su experiencia con respecto a las conductas de riesgo?
- ¿G., qué te parece si hablas con tu padre para solicitar su apoyo en tus terapias psicológicas?
- ¿D. no te gustaría dejar de salir con tus primos cuando sepas que van a cometer actos vandálicos?

Preguntas Reflexivas

- G. y D., qué creen que te aconsejaría tu primo (el que estuvo preso) con respecto a tus conductas de riesgo?

- Si le dijeran a sus padres lo preocupados que estaban al ver que se golpeaban entre ellos y lo que les estaba afectando, se imaginan qué hubiera pasado y qué hubieran pensado o hecho?
- ¿Se han puesto a pensar como familia que sus enfermedades tienen conexión con sus conflictos en casa?
- ¿Si dejaran de enfermarse cómo demostrarían afecto y ternura y cuidado?
- ¿Si desapareciera (la enfermedad o la violencia o la pobreza) en esta familia cómo afectaría sus vidas?

La Persona del Terapeuta en el Proceso

Karina Márquez Rodríguez

El primer acercamiento con esta familia fue cursando el Diplomado para la atención a la violencia doméstica, impartido por el grupo CAVIDA (Centro de Atención a la Violencia Doméstica) en el ILEF (Instituto Americano de Estudios de la Familia, A. C.). Mariana Zeceña, mi compañera en la Maestría de Terapia Familiar y de Diplomado y yo teníamos la intención de titularnos con un caso que nos permitiera analizar su dinámica de interacción desde una perspectiva sistémica.

Aun cuando no hubo muchas sesiones familiares, en lo individual se fueron resaltando los recursos con los que cada uno contaba para poder hacerse cargo de su respectiva violencia y de su responsabilidad para protegerse, dentro y fuera de casa. Se fueron cuestionando las actitudes culturales e ideológicas que cada miembro de esta familia tenía con respecto a ejercer y recibir violencia y me parece sorprendente cómo en realidad costó que reconocieran y nombraran con la palabra violencia conductas que evaluaban como normales.

La posición del terapeuta como un tercero que se sorprendía, se asustaba y por supuesto, rechazaba conductas violentas, ayudó a que dejaran de normalizarlas. Se formó una alianza con la postura de la escuela y de la preceptoría juvenil a la que G. acudía, respecto a que no eran válidos aquellos comportamientos que iban en contra de los derechos de otras personas. No se tuvo contacto con las

personas de Preceptoría Juvenil ya que en cada ocasión atendía una distinta terapeuta a G. y además fue durante poco tiempo porque no quiso seguir asistiendo y prefirió continuar con la terapia.

Con el análisis de esta familia, también comprendí cómo a través de la violencia se busca someter a una persona que tiene menor jerarquía, por ejemplo, de padres a hijos, de hombres a mujeres, de los de mayor edad y fuerza a los de menor, entre otras. Y también observé cómo a través de la enfermedad, también se logra poder sobre los demás, por ejemplo, el que está enfermo tiene ciertos derechos sobre los demás, como dejar de cumplir con sus obligaciones escolares y de quehaceres en casa. Me pregunto qué hubiera pasado si a la señora G no hubiese llegado esa depresión postparto, ¿su esposo hubiese cesado la relación extramarital?, ¿su esposo hubiera permitido que N se hiciera cargo de la bebé?, ¿hubiera sido bien visto que la señora se orinara en la cama y que su hija la limpiara?, etc.

La relación entre Mariana y yo, desde compañeras de Maestría y de Diplomado, ha sido de respeto y colaboración, nos ha ayudado mucho el que compartimos dos períodos de supervisión durante dicha Maestría. Ambas somos psicólogas y a nivel personal y familiar hemos vivido situaciones en donde también han coexistido enfermedades psicosomáticas y violencia de diversa índole. Por tanto, tenemos mucho en común y creo que esto facilitó el trabajo y la realización de la presente tesina. Esto no significa que en algunos momentos hayamos tenido el mismo punto de vista sobre las interacciones de esta familia.

Durante la elaboración de esta Tesina no tuve la oportunidad de conocer personalmente a la familia que aquí analizamos, sin embargo, creo que pude contribuir a través de preguntas que permitían introducir información al proceso terapéutico que tuvo la familia. Al platicar con mi colega, pude tener una mayor oportunidad de aprendizaje teórico-práctico. No estuve frente a frente con la familia, ni detrás del espejo; pero sí en el análisis detallado del desarrollo de algunas sesiones y de los pormenores y particularidades de dicha familia. Creo que fuimos bastante flexibles en cuanto a que primero era el caso de Mariana y

después se convirtió en “nuestro caso”. Nos ayudó mucho pensar que para ambas era una oportunidad de aprendizaje, de titularnos y de que también futuras familias se puedan ver beneficiadas con los resultados de este trabajo.

Dentro del sistema terapéutico existen varios niveles de atención, de interacción y de perspectiva dentro de los que consideramos el individual desde la mirada del terapeuta, luego cómo se ve la familia, la forma en la que el terapeuta se incluye a la misma y en mi caso, cómo mi mirada podía verlos con otra distancia y visión. Mi metanivel nos permitió observar cosas que Mariana no había visto.

Dentro de las preguntas que le hacía a Mariana para conocer la dinámica familiar y la intervención terapéutica fueron:

1. ¿Ha parado la violencia física entre los miembros de esta familia? (me interesaba conocer si las situaciones de mayor peligro seguían estando activadas y en caso positivo poder tomar medidas más directivas, como por ejemplo, comenzar a buscar alternativas legales.)
2. ¿Qué recursos cognitivos, emocionales, laborales y sociales han estado recuperando cada uno de los miembros de este sistema familiar? (esto lo veía como fundamental para contribuir como terapeutas a incrementar la autoestima, autonomía, empoderamiento de cada uno y que cada quien fuera construyendo una identidad preferida de sí mismo).
3. ¿Cómo es la dinámica en las familias de origen, tanto de la señora G. como del señor M? (me interesaba ver pautas transgeneracionales que han sido heredadas, por ejemplo, si estos señores fueron víctimas de algún tipo de violencia por parte de sus propios padres, madres, abuelos, tíos, primos, etc. Y en caso de que sí los hubiesen recibido, aprovechar esto en las sesiones para vincular estos abusos físicos, psicológicos y sexuales con los que han sufrido sus hijas e hijo, como una manera de comprender más el dolor sufrido por cada quien. Hablar y nombrar la violencia sería una manera de permitirles comenzar a cuestionarla y de romper la cadena en la que se ha venido repitiendo de una generación a otra.)

4. ¿El señor M. es violento en otros ámbitos como: el trabajo (clientes, jefes, colaboradores), sus vecinos, amigos, personas con las que interactúa en la calle? (me interesaba conocer si el señor podía controlar y evitar la violencia fuera de casa para poderlo usar como estrategia de aplicarlo también dentro de casa).
5. ¿Cómo te explicas que cada uno de los miembros de la familia buscó un espacio exclusivo contigo y pudo poner límites para que sólo en algunas sesiones compartieran con otros? (me preguntaba si el que cada quien tuviera su espacio era una manera de comenzar a conseguir un lugar en la familia, desde la autonomía, con límites más claros que difusos. También reflexionaba alrededor de que si los padres habían buscado este espacio terapéutico para que sus tres hijos tuvieran la oportunidad de un nuevo presente y futuro. Así fue con la escuela, estos padres trabajaban para que sus hijos pudieran tener estudios y otras oportunidades en la vida.)

En junio de 2015, finalmente se logró tener una sesión con la Sra. G., N, D. y G. en la que tuve oportunidad de conocerlos personalmente, de hacerles preguntas acerca de proceso, de los avances que habían tenido durante la terapia y durante el tiempo que no habían asistido y también acerca de las cosas que todavía necesitarían más trabajo para poder cambiar la dinámica de la familia. Nos pareció pertinente agregar un apartado especial para dar a conocer lo que sucedió durante esa sesión.

Es importante mencionar que mi proceso personal al realizar esta tesina tuvo momentos de angustia, pues yo tenía una gran desventaja al no haber trabajado directamente con esta familia. La información me la tenía que proporcionar Mariana y entonces, tenía que hacerle preguntas que a mi me dieran claridad para formular hipótesis así como para comprender las particularidades de cada sistema terapéutico; pues era la diada Mariana-N, Mariana-G y Mariana-D. Mis preguntas también se encaminaban a saber cómo era la relación entre los diferentes miembros del sistema, no sólo integrando las tres variables de nuestro triángulo conceptual: homeostasis, violencia y enfermedad psicosomática; sino ciclo vital

de la familia, de la pareja y de cada individuo; contexto socio-cultural en el que vivían; pautas transgeneracionales heredadas; etc.

Por todo esto, el reto de analizar el caso desde la mirada de Mariana, estuvo muy interesante pues luego pude también aportar mi propia perspectiva de las cosas y así generando una nueva versión del caso.

Como ya señalamos desde la introducción, en junio del 2015 pudimos tener una sesión en coterapia con esta familia. Me ayudó a conocerlos físicamente, que por cierto, de acuerdo a la descripción física que había hecho Mariana, coincidió con la imagen que yo había hecho de ellos.

Pude percibir un vínculo cercano entre Mariana y los integrantes de esta familia, desde cómo se saludaron o en detalles como en una ocasión chocó la mano con D cuando este dijo que se había contenido en no ir a agredir físicamente al novio de su hermana G. También mencionaron que trabajaron muy cómodos con ella y G. deseaba con urgencia retomar su proceso terapéutico. Me di cuenta de que la familia se sintió cómoda y en confianza cuando Mariana les puntualizó que seríamos muy cuidadosas en no abrir información confidencial de cada uno, pues cada quien en su proceso individual había señalado situaciones que quizá el resto de la familia no sabía.

Desde que llegué me dijeron que mi cara les era familiar, lo que creo que fue una manera de aceptar mi intervención con ellos y de darme la bienvenida. Al final, nos agradecieron por haber dado parte de nuestro tiempo en escucharlos.

Previo a presentar nuestro examen profesional, me relajó el hecho de haber estado con ellos una sesión dando seguimiento a su proceso individual y familiar. Personalmente pude hacerles preguntas que en ocasiones le llegué a hacer a Mariana como los cambios que cada quien percibía después del proceso terapéutico, o si la hija mayor ahora que había salido de casa había podido dejar su rol de hija parental, o si había cesado la violencia física, psicológica y patrimonial en casa, además de preguntar cómo era la salud física de cada

miembro de esta familia en la actualidad y cómo enfrentaban los problemas en la actualidad.

Pude percibir que N. ahora estaba colocada el lugar de consejera de la familia, recurriendo a ella para aplicar sus conocimientos como psicóloga. Le pude comentar que entendía por lo que estaba sucediendo pues yo también venía de una familia de psicólogos y a veces los demás miembros de la familia creen que a nosotros nos toca resolver los conflictos en casa. Sin embargo, es una carga pesada y por ética profesional es importante no tomar ese rol de terapeutas de nuestros propios familiares. Mi intención fue liberarla de esta situación y también que la señora G. lo comprendiera. Sería interesante conocer qué efecto tuvo esta intervención.

Algo que me quedó muy claro fue la comunicación confusa de la señora G pues sus respuestas muy frecuentemente no tenían relación con lo que se le estaba preguntando, o en un momento lloraba por la situación familiar y decía: “hay algo que me está matando a mí” y por otro decía que estaba muy contenta y orgullosa de la familia que tiene. Que su esposo se esfuerza por darles dinero y por otro que no da para el gasto. Que no le da de comer a su esposo ni le habla, pero si lo hace porque siente que es un deber que tiene como esposa. Con algunas frases textuales de la señora G. como: “ellos ven que los triunfos son del señor”, me dio la impresión de que le molesta que su esposo esté cerca de sus hijos, pues cree que forman equipo contra ella. También creo que la señora justifica el uso de la violencia pues en alguna ocasión dijo que gracias a que los había educado así (con golpes e insultos) ahora sus hijos eran personas de bien.

Respecto al tema de la enfermedad, me quedó claro que han disminuido en bastante medida sus síntomas físicos y en general todos van mucho mejor al respecto. Sin embargo, la señora utiliza constantemente el que algo la está matando y el que cuando ella muera a cargo de quién quedarán. Hubo un episodio que no comprendí muy bien de cuando ella tuvo un problema con la tiroides y en eso hubo conflicto con su hija G lo que deterioró más su condición física, por lo que D se enojó mucho y echó la culpa a su hermana. Comprendí un poco más

cómo la vulnerabilidad física en efecto crea cercanía física y emocional entre unos y otros.

He estado dando una clase en un instituto de terapia de pareja de organización familiar y hemos estado revisando mucho el libro de Antropología de la Pobreza de Oscar Lewis, y muchas de las pautas que presentan en 5 familias se manifiestan en esta familia de la tesina, como por ejemplo el que los padres se acerquen más a los hijos cuando estén enfermos, el control de los hombres a las mujeres a través del dinero, la violencia de hombres a mujeres e hijos, el cuidado de los hermanos grandes a los chicos, la prioridad de cubrir las necesidades básicas como el alimento antes de los estudios, las infidelidades cometidas más por esposos que por esposas, entre otras.

Después de esta sesión de seguimiento, confirmo algunas de **las metas terapéuticas a futuro** con esta familia: trabajar con la pareja de señora G y señor M para que puedan enfrentar sus asuntos como esposos y dejar de triangular a los hijos, ahora principalmente a su hijo D. Trabajar en sesiones con padre e hijo para hacer una connotación positiva respecto al acercamiento que están teniendo ahora que trabajan juntos. Se me hizo muy conveniente cómo ahora D está reconociendo el esfuerzo de su padre y cómo ahora puede colocarse en el lugar de aprendiz y también de poder aportar lo que está aprendiendo en la Universidad; este vínculo me pareció está cada vez siendo más nutriente y reparando la situación que violencia que llegó a ejercer el señor hacia su hijo. El trabajo con G puede ser bastante benéfico, pues considero que ahora es la que está en mayor riesgo; ella misma reconoce que se deja influir mucho por el contexto que la rodea.

Mariana Zeceña Procuna

En mi proceso como terapeuta, he pasado por distintos momentos a lo largo del proceso terapéutico con esta familia y específicamente con los tres hermanos que son los que han asistido constantemente a terapia. Las sesiones con los tres chicos no fueron simultáneas ni paralelas sino que primero atendí a N, posteriormente a G. y al final de la terapia con G. también asistía D. El tiempo en el que N. asistió a terapia fue muy satisfactorio porque se observó cómo su

formación como Psicóloga le facilitaba la comprensión de conceptos, que se traducían en un cambio lento pero constante. Durante la terapia pasé por varios momentos ya que primero atendí a N., la hija mayor. Me daba la impresión que por el hecho de haber estudiado psicología estaba doblemente interesada en su proceso terapéutico. Por un lado podía obtener el beneficio de una terapia y por el otro ver en práctica lo que había estudiado los últimos años.

En algunos momentos compartí con ella los sustentos teóricos que eran pertinentes y que yo sentía que a N. le daban un lugar como psicóloga ya que los podía entender mejor que cualquier otra persona y que la hacían sentir tomada en cuenta desde su lugar como psicóloga. Yo también fui una hija parentalizada y con una madre depresiva por lo que me era muy fácil estar conectada con ella desde este lugar. Tuve una relación terapéutica muy bonita y me daba mucho gusto sentir que yo era de provecho para ella y sus relaciones. Actualmente se fue a vivir con su novio y lo único que me queda en el tintero es que pudiera empezar a reproducir la violencia en su propia casa. Me da mucho gusto porque esto la reafirma como una mujer autosuficiente e independiente que empieza su vida con la oportunidad de reeditar su propia historia.

El proceso con la hermana menor G. fue un poco más difícil ya que se empalmaban varios problemas como la entrada a la adolescencia, un entorno violento en su familia de origen, extensa y su medio ambiente, riesgos en cuanto al consumo de drogas, práctica sexual temprana y perforaciones sin medidas de cuidado e higiene. Durante dos años ha ido superando problemas académicos, sociales y su difícil dinámica familiar en una montaña rusa de emociones y vivencias. En momentos cuando parecía que las cosas iban mejorando para G, surgían complicaciones como la violencia en su casa o las drogas en la escuela o un novio que terminaba con ella. Es una niña encantadora con la que se trabajó en mucha armonía. Es la integrante de la familia que estuvo más tiempo en terapia y no la quiso dejar durante algún tiempo, ya que mencionaba que era un espacio en el que se sentía muy bien. La situación económica en su casa la obligó a dejarla sin embargo consideramos que había tenido muchos avances.

En el proceso con G. hubo momentos en los que me sentí muy responsable de ella ya que se metía en situaciones de riesgo. Cuando G. se hizo un piercing, debo de confesar que me aterroricé y salieron mis propios prejuicios. Me preocupaba que una vez que en su casa había habido avances en cuanto a su autonomía e independencia, el hecho de perforarse la lengua sin permiso de sus papás, además de ponerla en un riesgo de contraer una infección, etc. atentaba contra la estabilidad que finalmente había logrado. Temía que la trataran una vez más como una niña y que le retiraran la confianza que ya se había ganado.

El momento más difícil fue cuando D. contó acerca del robo que había cometido junto con sus primos, ya que causó una preocupación en mí porque corría el riesgo de terminar en la cárcel y porque su misma visión ética de los hechos me confundieron acerca de cuál debería de ser mi papel como terapeuta. A raíz de esto decidí indagar más acerca de otras situaciones en las que D. se pusiera en riesgo y pusiera en riesgo o afectara a otras personas. Como consecuencia de estas indagaciones, obtuve información acerca del maltrato a animales y actos vandálicos. Hablé acerca de este caso en su terapia personal y solicité supervisión.

Personalmente, me sentí afectada al escuchar el daño que se le había infringido a los animales y el peligro que corrían algunas personas que se topaban con estos muchachos cuando estaban “aburridos.” Sentí miedo por tener esta información y dudé de mi propia seguridad física y emocional ya que no estaba segura de querer seguir escuchando el sufrimiento que le causaba a otros. Profesionalmente tenía dudas acerca de cuál sería la conducta indicada como terapeuta. ¿Cuál sería mi papel moral con la información que ahora tenía? ¿Hasta dónde se debe respetar la confidencialidad? ¿Debía denunciar a D. y sus primos con sus familiares y/o con las autoridades? ¿Cuáles serían las consecuencias para personas inocentes si esta información no salía a la luz? ¿Hasta dónde somos confidentes y hasta dónde nos podemos convertir en cómplices?

Estas inquietudes fueron comentadas con Karina y con mis compañeros en el taller de violencia. Se me recomendó sugerirle a D. que en el transcurso de

duración de la terapia evitara cometer actos vandálicos ya que esto me convertía en una cómplice al escucharlos semana tras semana. Nunca me recomendaron hablar con la policía o hacer una denuncia anónima a estas alturas de la terapia solo si las cosas empeoraban.

Finalmente decidí trabajar con los rasgos empáticos que D. había demostrado tener hacia su familia y su propio perro y con la idea que le han inculcado en su casa acerca de “no ser un ratero y ganarte la vida trabajando”. Sin embargo, le pedí que durante el tiempo que acudiera a la terapia, no cometiera más actos vandálicos y si creía que lo podía lograr por unos meses, era bien recibido y sino que sería mejor que ya no acudiera. Se le explicó que una cosa era ser confidente y otra muy distinta era convertirse en cómplice. También se le solicitó que regresara con el psiquiatra que lo había medicado para la ansiedad y le comentara acerca de estas conductas vandálicas.

Después de esta sesión asistió a tres sesiones más en las que comentó haber disminuido este tipo de acciones y posteriormente dejó de asistir a terapia por razones económicas. Me hubiera gustado trabajar con los elementos rescatables de D. e intentar mejorar su situación antes de que se meta en problemas legales de los que no le será tan sencillo salir en un futuro. A pesar de esto, me quedé tranquila porque ya no estuvo en mis manos la decisión de seguir adelante en una situación que me inquietaba ética y emocionalmente.

Justo en este momento ya había comenzado el Diplomado de Violencia y me sentí muy apoyada ya que empecé a comentarlo dentro de la clase y con Karina. El grupo me sirvió como supervisión y contención ya que en ese momento estaba muy confundida y preocupada.

Al igual que mi compañera Karina, la idea de trabajar en una Tesina fue motivada principalmente a que es el método por el que podremos graduarnos de la Maestría de Terapia Familiar Sistémica que cursamos en el Ilef durante los años 2009 al 2012. Además es una excelente oportunidad para poner en la práctica lo que hemos aprendido tanto en la Maestría como en el Diplomado de Violencia que cursamos durante los años 2012 y 2013. Fue una gran oportunidad profesional y

académica haber tenido la oportunidad de atender a la familia M. al mismo tiempo que cursábamos el Diplomado de Violencia. Espero que la familia haya sacado el mejor provecho y además fue un buen momento para intentar comprender el difícil y complejo fenómeno que es la violencia.

Trabajar en la elaboración de esta tesina ha sido sumamente rico y beneficioso. Hacer el ejercicio de revisar una vez más los conceptos que hemos estudiado desde la Maestría y posteriormente unirlos con los del Diplomado y aterrizarlos a un caso nos ha permitido comprenderlos mejor y siempre con una mirada distinta, más completa y compleja. El trabajar con Karina ha sido muy agradable. Compartimos la Maestría, el Diplomado, dos procesos de supervisión y el taller de Obstáculos del Terapeuta. Esto nos ha permitido conocernos a nivel académico y personal lo que en nuestro caso solo ha facilitado la elaboración de la tesina. Karina tiende a extenderse mucho y yo a ser un poco más concisa por lo que esto nos ha complementado en la realización de este trabajo.

Las dos somos muy comprometidas y poco a poco y de forma constante, avanzamos durante un año y medio aproximadamente. Tuvimos momentos en los que nos preocupamos porque la familia solo la vi yo y la mirada de las sesiones y el proceso terapéutico es solo mía. Sin embargo, el trabajo en sí, ha consistido en integrar los conocimientos teóricos y prácticos que hemos adquirido en estos casi seis años de manera conjunta.

Como ya lo mencionamos en la Introducción y Karina anteriormente, en Junio de 2015 vimos a la familia en conjunto. Me dio mucho gusto verlos a todos y ellos también se alegraron de verme. Me dejó preocupada G. porque quiere terapia, está consciente que no está conduciéndose de una forma adecuada y no creo que ahora pueda regresar ya que la relación con su papá no está bien y económicamente están pasando un mal momento. Considero que está en una etapa en la que podría meterse en muchos problemas y conductas de riesgo y creo que es una muchacha hermosa e inteligente que merece una buena vida. La Sra. G. siempre me ha costado trabajo porque siento que no es fácil, es agresiva,

interrumpe, sus mensajes son contradictorios, contesta lo que no se le pregunta y en general siento que les complica la vida a sus hijos.

Estoy segura que mi desagrado también tiene que ver con mi propia relación con mi mamá y pues lo tengo claro y hago un esfuerzo por ser tolerante e intentar que no me influya demasiado. Ver que en general están bien me agrada y que sobretodo la enfermedad en su versión más grave ha desaparecido. Es una familia conformada por buenas personas que han tenido una vida difícil pero considero que merecen crecer, superar sus dificultades y tener una mejor versión de ellos mismos y de su vida. Desde chica he sido muy soñadora y he esperado poder hacer la diferencia. Es probable que suene presuntuoso pero me siento muy agradecida con la vida al poder dedicarme a un trabajo que disfruto, que me guste tanto y que además pueda ayudar a los demás.

III. CONCLUSIONES Y APORTACIONES

III. CONCLUSIONES

Como egresadas de la maestría muchas veces revisamos el concepto de homeostasis pero en el momento de trabajarlo con base a un caso a fondo, la comprensión no fue tan sencilla. Cuando comenzamos la elaboración de la tesina Mariana creía que en la medida en que los miembros de la familia enfermaban, conseguían disminuir la violencia y tener otros medios de comunicación en los que la ternura y el cariño tenían cabida. Posteriormente cuando platicamos sobre el tema, Karina consideraba que la enfermedad no solo traía estabilidad u homeostasis sino que era un factor de cambio ya que creía que la familia la utilizaba inconscientemente para comunicar su insatisfacción con respecto a la dinámica familiar.

Le estuvimos dando vuelta al concepto hasta que finalmente logramos comprender que la enfermedad psicosomática en esta familia es un factor de homeostasis y de cambio al mismo tiempo. Los conceptos que nos ayudaron a comprenderlo fueron los de morfostásis y morfogénesis. Esta familia ha vivido violencia desde su nacimiento y también las generaciones que los anteceden. Ellos específicamente lograron por medio de la enfermedad psicosomática regresar a la homeostasis y disminuir la violencia y durante un tiempo “funcionó”. Sin embargo, cuando un sistema hace correcciones excesivas, la “maquinaria” se descompone (Hoffman, 1981.)

En el caso de la familia, empezaban a llevar la enfermedad a grados que los estaban afectando gravemente, ya que salían de la meseta homeostática, lo que los estaba llevando a la autodestrucción. D comenzó con ataques de pánico y trastorno de ansiedad lo que lo paralizó durante un tiempo y G. tenía dolores de cabeza tan intensos que le paralizaron la mitad del rostro, no podía hablar por momentos y también se le adormecía el brazo, lo que impedía que tanto ellos como sus familiares realizaran sus actividades normales.

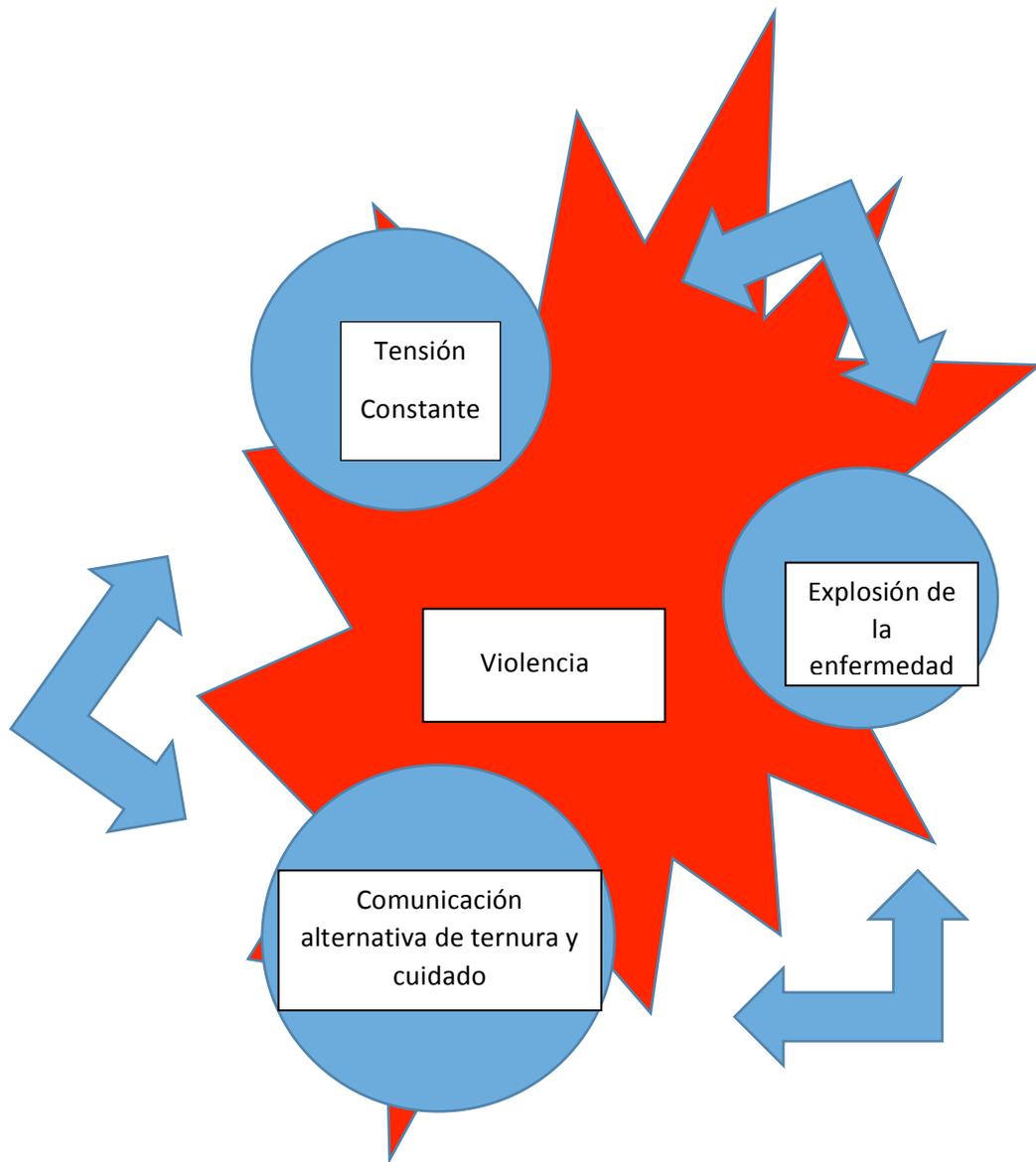
Otra de las conclusiones a las que llegamos es que Karina creía que el ciclo de la violencia propuesto por Walker y la enfermedad se relacionaban en momentos

específicos. Por ejemplo, en los momentos del ciclo de la violencia con mayor tensión podía aparecer un síntoma que disminuyera la violencia. En lugar de explotar la violencia, que explotara la enfermedad.

Después de nuestras charlas y de analizar el comportamiento de esta familia llegamos a la conclusión de que el ciclo de la violencia es mucho más complejo, ya que en muchas ocasiones la enfermedad aparecía en diferentes momentos y que también se empalmaban las etapas del ciclo con los distintos subsistemas y síntomas.

A veces la violencia en general bajaba con la aparición de la enfermedad pero en otras ocasiones, por ejemplo en el holón fraterno, disminuía y en el conyugal aumentaba. La complejidad es muy evidente ya que además de estos factores internos también existían los externos a la familia que los influían.

A continuación presentamos un esquema en el que se ejemplifica el ciclo de la violencia y cómo es que la enfermedad psicosomática está presente.



La fase del ciclo de la violencia conocida como “Luna de Miel” no era evidente en esta familia, ya que después de los episodios de agresión ninguno de sus miembros pedía perdón o demostraba arrepentimiento o expresaban promesas de no volverlo a hacer. La enfermedad daba la posibilidad de acercamiento entre los miembros de la familia. Probablemente existió esta fase en la etapa de recién casados de la pareja de padres pero no se mencionó durante la terapia. Debido a esto, también concluimos que dicha etapa tampoco es un patrón dentro de todas las familias. Creemos que esta etapa se expresaba con los cuidados y atenciones que se mostraban cuando uno de los miembros enfermaba.

El Sr. M. arregla las llantas del pueblo y Mariana es parte de éste y nosotros creemos que esta relación y el hecho de pertenecer a la misma comunidad, les permitió confiar y abrir un poco el sistema para permitir el cambio.

Otra de nuestras conclusiones más importantes es que pudimos corroborar como ya se ha reportado en otras investigaciones que dentro de esta familia la enfermedad y la violencia son una forma más de comunicación. Cuando aparece la enfermedad tienen la oportunidad de demostrarse cariño, interés en el otro, darse palabras de amor, ternura y actos que demuestren compasión y entrega entre todos los miembros.

Tanto la familia extensa de la señora G. como la familia que analizamos en este caso tienen la percepción o la fantasía que cualquier enfermedad puede traer la muerte.

El poder juega un papel muy importante en las relaciones de violencia ya que siempre hay alguien que abusa del más “débil”. Dentro de esta familia consideramos que la enfermedad les permite a los miembros más “débiles” tener poder y utilizarlo para conseguir ganancias secundarias y equilibrar el poder entre los miembros.

Después de haber trabajado con esta familia y analizado teóricamente los patrones de interacción, pudimos comprender la complejidad entre las variables violencia, enfermedad psicosomática y procesos de cambio y no cambio.

Comprendimos que los miembros de esta familia querían comunicar alguna situación de malestar que no comprendían y tendían hacerlo a través de diferentes síntomas como físicos y otros relacionados con bajo rendimiento escolar o su comportamiento dentro y fuera de la familia.

Aprendimos que las pautas de relación que habían aprendido durante la infancia de los jóvenes eran rígidas y no habían podido en su ciclo vital crecer en el sentido de modificarlas.

La violencia se tiende a ver normalizada y durante el proceso terapéutico, la fueron nombrando y comprendiendo que no es parte de la dinámica de todas las relaciones ni tampoco es una práctica que se deba vivir forzosamente aunque sea tan común en algunas familias.

Durante la maestría se revisó el concepto de homeostasis pero para llegarlo a comprender en una familia es muy complejo. Entender que es una necesidad de estabilización y al mismo tiempo una necesidad de cambio, fue un útil ejercicio teórico y práctico.

Hay momentos durante el proceso terapéutico en los que las pautas de conducta van cambiando y como terapeuta es importante ir las notando. La violencia que está tan arraigada transgeneracionalmente, sí se puede modificar. Es muy esperanzador haber sido testigos de cómo la violencia disminuyó notablemente en esta familia y hacia el exterior y cómo a veces el simple hecho de no contestar a provocaciones o de resguardar la propia seguridad es suficiente. Cada uno de los integrantes de la familia hizo algo diferente y se hizo responsable de sus propios actos lo que impactó para que disminuyera o desapareciera la violencia (sobre todo física.)

Creemos que como parte de los cambios de segundo orden, el más notable dentro de esta familia es que los hijos ya no han tenido recaídas importantes con respecto a las enfermedades que antes los aquejaban. Otro cambio que consideramos importante es que la violencia física ya no es el primer recurso al

que acuden para resolver o enfrentar problemas y por lo tanto ya no es tan frecuente.

Nuestra conclusión con respecto a la Terapia Individual Sistémica es que es posible tener cambios que impacten a toda la familia y que la visión también los incluye a ellos aunque no estén presentes en el consultorio. En este caso resultó ser muy eficaz y el cambio en uno de los integrantes afectaba positivamente al resto. Cabe mencionar que hubo la posibilidad de trabajar con diferentes holones aunque en general era individual.

En Junio de 2015, se logró tener una sesión con cuatro de los cinco integrantes de la familia como ya se mencionó anteriormente. Después de revisar la sesión consideramos que no cambiaron nuestras conclusiones arriba descritas.

Creemos que la violencia es un tema difícil de trabajar y de cambiar dentro de las familias y que está profundamente enraizado en su historia transgeneracional y es muy sencillo regresar a ella una y otra vez. Pero también creemos que es posible detenerla y que las familias y sus futuros integrantes tengan una vida diferente. Es muy esperanzador ya que la terapia puede funcionar como una onda expansiva de construcción a un futuro mejor para los individuos, familias y sociedad.

APORTACIONES

A los que se acerquen a este trabajo, creemos que será una útil herramienta para comprender cómo se pueden aterrizar algunos conceptos de la Terapia Familiar Sistémica y algunos de sus principales modelos a un caso práctico.

Otra de nuestras aportaciones fue presentar algunas intervenciones terapéuticas desde diferentes marcos teóricos para el manejo de casos con familias con violencia y/o enfermedades psicosomáticas. Así mismo, planteamos un análisis de cómo el contexto social es una fuente de influencia muy importante para la construcción de significados individuales, de género y familiares.

Dentro de esta tesina se describe el impacto que tuvo en la persona de las terapeutas tanto el caso como la realización de este trabajo. Esperamos que nuestra experiencia sea de utilidad a otras personas que se encuentren en un

momento similar al nuestro. El haber trabajado en equipo aporta dos miradas distintas que en ocasiones coincidían, en otras divergían y la más importante es que en muchas veces lográbamos una perspectiva que era más que la suma de las partes. Con esto comprobamos que la posición del terapeuta determina lo que ve y lo que piensa desde un punto de vista personal y al momento de compartirlo existe la posibilidad de ampliar la mirada y complejizarla. Estuvimos revisando diferentes materiales sobre intervenciones con violencia y la recomendación para abordar este tipo de casos es hacerlo en equipo para tener un mejor cuidado del terapeuta.

Creemos que el análisis de este caso ilustra cómo se puede aplicar la postura sistémica aun cuando se tengan sesiones individuales, ya que la mirada sigue siendo tomando en cuenta tanto la dimensión intrapsíquica como la intersubjetiva. El trabajar con un solo miembro no impide ver el impacto que existe en el resto de los integrantes. En muchas ocasiones, no es posible por diferentes razones que la familia acuda a terapia y la única posibilidad es trabajar de forma individual.

A pesar de que uno de los integrantes fue diagnosticado por un psiquiatra con ataques de pánico y trastorno de ansiedad, nunca se le patologizó dentro del proceso terapéutico y se intentó ver las posibilidades que existían más allá de un diagnóstico.

Hemos planeado presentar los resultados de este análisis en diferentes foros, universidades y congresos con la idea de compartirlos a estudiantes, terapeutas e interesados en el tema, que probablemente no tengan acceso al Ilef. Deseamos que nuestra tesina sea de utilidad y motivación para realizar este tipo de ejercicios en los que uno reflexiona desde lo teórico, lo complejo, lo personal y lo práctico de un proceso terapéutico. ¿Cuántas veces dejamos en el expediente la experiencia de sesiones sin la posibilidad del analizarlo a conciencia y desde un nivel meta y con otros colegas?

Creemos que otra de las aportaciones de la presente tesina fue incorporar una perspectiva de género para seguir comprendiendo el papel que juega en los discursos dominantes de nuestra sociedad y al interior de las familias. En la

medida en que lo sigamos señalando y observando tendremos una mayor comprensión y esperamos que nos dé la posibilidad de funcionar como agentes políticos de cambio y expansión de una mejor conciencia acerca de la perspectiva de género.

Consideramos que socialmente, la elaboración de esta tesina aportará elementos para las personas que investiguen y trabajen con pacientes que sufran violencia y enfermedades psicosomáticas. El haber comprendido en este caso específico el papel de la homeostasis dentro de esta familia es probable que ayude a tener una referencia para trabajarlo en el proceso terapéutico de otros casos similares.

Bibliografía

- Andolfi, M. (1994). *Terapia familiar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1979). *Terapia familiar Intensiva*. México: Trillas. (Ed. original 1965).
- Boszormenyi-Nagy, I. y Sparks, L. (1973). *Invisible Loyalties*. New York: Harper and Row.
- Builes, M. V., Correa, M. *La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental*. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXV, núm. 4, 2006, pp. 463-475, Asociación Colombiana de Psiquiatría. Colombia
- Capra, F. (1996). Barcelona: Anagrama, S. A.
- Diccionario Manual de la Lengua Española, (2007) Larousse Editorial
- Dreyfus y Rainow, *El Sujeto y el poder*, Michel, Foucault,
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2013
- Fawcett, G., Venguer T., Miranda L. y Fernández F. (1999). *Los servicios de salud ante la violencia doméstica, manual para instructores (as)*. Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A. C. (IMIFAP) México, D. F.: IDEAME
- (www.fao.org/docrep/004, consultado el 17 de octubre de 2014)
- Ferreira, G. B. (1992), *Hombres Violentos Mujeres Maltratadas, Aportes a la investigación y tratamiento de un problema social*, Argentina: Editorial Sudamericana.
- Foucault, M., (1967), La voluntad de saber. Historia de la sexualidad, Fondo de Cultura Económica, México, D.F.
- Hoffman, L. (1981), *Fundamentos de la Terapia Familiar, Un Marco Conceptual para el Cambio de Sistemas*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1985), *Toward a Second Order. Family Systems Therapy*, en Family Systems Medicine. 3, 4.

- Hoffman, L., *Construyendo Realidades: Un Arte de Lentes*, Family Process, Volumen 29, No. 1, Marzo 1990.
- Incháustegui, T. y Ugalde, Y., (2005), *Materiales y herramientas conceptuales para la transversalidad de género*, México: Instituto de las Mujeres del D.F./Observatorio Ciudadano de las políticas de la niñez, adolescencia y familias, A.C.
- Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen, Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., 2002
- López, A. (2008). *Tesis de maestría en terapia familiar: compartiendo miradas: la coterapia mixta como alternativa frente a una pareja que ejerce violencia*. Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A. C. México, D. F.
- Maldonado, I., (1997) *Evaluación Crítica de la Corriente Narrativa y conceptos Interrelacionados en Terapia Familiar*, Psicología Iberoamericana, Vol. 5, No. 3,
- Maldonado, I. y Aurón, F., (1999) *Frente al silencio, Testimonios de la violencia en Latinoamérica*, México: UAM e ILEF
- Maldonado, I. Aurón, F. et al. (2006). *Manual de lineamientos para el trabajo en GRUPOS TERAPÉUTICOS: la experiencia de CAVIDA en el trabajo con grupos de hombres y grupos de mujeres que viven violencia*. México, D. F.: ILEF e INDESOL.
- Maldonado, et. al (2012). *Masculinidad y Parentalidad, caminos en el trabajo con violencia*. México, D. F: Centro de Atención a la Violencia Doméstica del Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia CAVIDA-ILEF.
- Maldonado (1997). *Evaluación crítica de la corriente narrativa y conceptos interrelacionados en terapia familiar*. En Psicología Iberoamericana, Vol 5, No. 3, pp 13-21.
- Maldonado, I. y Aurón, F. (1999). *Una terapia de lentes para abordar la violencia*. Grupo CAVIDA. México, D.F.: UAM Xochimilco e ILEF, A. C.

- Minuchin, S., (1974), *Familias y Terapia Familiar*, Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., Rosman, Bernice, L. y Baker, Lester, (1978)m, *Psychosomatic Families*, United States of America Harvard University Press.
- Minuchin, S., (2009), *Técnicas de Terapia Familiar*, México: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Sinopsis de Políticas. Violencia interpersonal y alcohol.*
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud.*
- Publimetro (2014). *Violencia doméstica pega a 60%*. Ciudad de México, martes 25 de noviembre del 2014.
- Robles, T., Eustace Jenkins, R. y Fernández de Cerruti, M., (1987). *El Enfermo Crónico y su Familia, Propuestas terapéuticas*. México: Colección Construcciones.
- Rolland, J., S., (2000), *Familias, Enfermedad y Discapacidad*, Barcelona: Gedisa.
- Secretaría de Gobernación, Procuraduría General de la República e Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012).
- Simon, F.B., Stierlin, H. y Wynne, L.C., (2002), *Vocabulario de Terapia Familiar*, Barcelona: Gedisa.
- Sluzki, C. (1987) "Cibernética y terapia familiar: un mapa mínimo" *Sistemas familiares*. pp 65-69
- Tomm, K. (1987) *Entrevistas con intervenciones: parte I. La elaboración de estrategias, una cuarta directriz para el terapeuta*. En Family Process: volumen 26:3.13 (Traducción de Virginia Mendoza).
- Tomm, K. (1988) *Entrevistas con intervenciones: parte III. ¿Se intenta formular preguntas lineales, circulares, estratégicas o reflexivas?* En Family Process: volumen 27:1-15. (Traducción de Virginia Mendoza).

- Velasco, M.L. y Sinibaldi, J.F., (2001) *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias*, México: Manual Moderno.
- Watzlawick, P., (1993), *Teoría de la comunicación humana*, Barcelona: Herder.
- Walker, L.(1979),
<http://trabajodelamujeractual.blogspot.mx/2009/11/leonore-walker.html>),
consultado en enero de 2014.
- White, M. (1993), *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos*, Barcelona: Paidós
- <http://wikipedia.org>. Consultado el concepto de psicoeducación el día 23 de octubre 2014.