



INSTITUTO SUPERIOR DE
ESTUDIOS DE LA FAMILIA

**ENFERMEDAD CRÓNICA: EVENTO VASCULAR CEREBRAL. UN ESTUDIO DE
CASO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR

PRESENTA

DULCE MARÍA CORTÉS DILLANES

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2016

Con reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación Pública. Según acuerdo

No. 974201 de fecha 18 de Julio de 1997.



**INSTITUTO SUPERIOR DE
ESTUDIOS DE LA FAMILIA**

Por la presente aprobamos el trabajo de tesis:

**ENFERMEDAD CRÓNICA: EVENTO VASCULAR CEREBRAL. UN
ESTUDIO DE CASO**

Realizada por :

DULCE MARÍA CORTÉS DILLANES

Para obtener el grado de :

MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR

Con reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación Pública.

Según acuerdo No. 974201 de fecha 18 de Julio de 1997.

COMITÉ DE TESIS:

Directora de la Tesis: MTRA. MARICELA GALLARDO ORTÍZ_____

Sinodal: LILIA MONROY LIMÓN_____

Sinodal: ELVA SALCEDA CONTRERAS_____

Ciudad de México, 2016

Agradecimientos

A Fabricio mi compañero de vida, por sus amorosas palabras y gran apoyo; por darme las palabras precisas en el momento preciso, y por siempre estar.

A nuestros hijos Carlos Fabrizzio y Luis Antonio, por hacer inolvidable su estancia aún con nosotros , por sus sonrisas y hermosa compañía.

A Héctor mi padre que durante su vida me dio bellos momentos y grandes aprendizajes; y con su muerte continúa enseñándome.

A Elba mi madre por su amor, motivación y fortaleza, por darme una gran enseñanza de vida.

A mis hermanos Guadalupe, Yolanda, Martha Elva, Héctor y Marco Antonio por su amor, alegría, grandes enseñanzas, palabras, entusiasmo y compañía que amorosamente recibo de ustedes.

A mis sobrinos Luis Alberto, Alan, Yumi, Martha Yolanda, Dulce Guadalupe, Samsara y kenjy Antonio, por su alegría, ganas de vivir, libertad, madurez e inocencia con que enfrentan la vida.

A Vania por su inocencia, los sueños, su alegría y hermosa vida.

A mis cuñados Yasunori y Artemio, por su alegría, cuidados y amor a sus familias.

A Luis, Catalina, Herminia, Antonia, José Luis, David Fidel y Nelly Patricia por permitirme ser parte, por aprender de sus vidas y por ser parte de mi vida.

A mi familia por elección: Juanita, Gaby, Karla, Chucho y Quique, por su bella luz, alegría, motivación, filosofía compartida y los bellos momentos juntos.

A Maricela por su gran apoyo y compartir la riqueza de sus conocimientos

Por su claridad de pensamiento y paciente escucha

Por permitirme reaprender.

A Lilia por su acompañamiento amoroso en diferentes momentos

Por sus claras palabras y grandes aprendizajes

Por estar y acompañarme.

A Elva por compartir su gran conocimiento y orientación

Por su motivación y comprensión respetuosa

Por permitirme confiar .

Índice

Agradecimientos

Introducción	1
Justificación	9
Objetivo	12
CAPÍTULO 1. Marco conceptual	13
1.1 Enfoque sistémico	13
1.1.1 El modelo de Terapia Familiar Estructural.....	27
1.1.2 Teoría psicoanalítica	34
1.1.3 Sistema de creencias, algunos aportes narrativos y Modelo Estructural.....	44
1.2 Enfermedad crónica y Evento Vascular Cerebral	48
1.2.1 Duelo y Resiliencia Familiar	56
1.2.2. Modelo Biopsicosocial de Rolland	63
1.2.3 Aporte del Equipo CECFAM.....	70
CAPITULO 2. Estrategia de análisis.....	75
2.1. Referencia del caso clínico.....	75
2.1.1. Elección del caso y fuentes de información.....	75
2.1.2. Procesamiento de la información y Estrategia del análisis	75
2.2. Datos básicos del caso.....	78
2.2.1. Historia familiar en torno al motivo de consulta	78
2.2.2. Familiograma.....	79
2.2.3. Descripción del sistema familiar	79
2.2.4. Antecedentes de enfermedades familiares.....	80
CAPITULO 3. Análisis integrador de los cuadrantes Individual y Corporal	81
3.1. Cuadrante individual “yo”	81
3.1.1. Análisis del cuadrante Individual	88
3.2 Cuadrante corporal “ello”:	90
Análisis Integral de los cuadrantes individual y corporal	95

CAPITULO 4. Análisis integrador de los cuadrantes Familiar y sociocultural.....	96
4.1 El sistema familiar	96
4.1.1. Familia actual del paciente identificado	96
Subsistema conyugal	97
Subsistema parental.....	99
Análisis del subsistema conyugal	104
Análisis de la familia nuclear	105
4.1.2. Familia de origen	107
Análisis Estructural de la Familia de origen	112
4.2. Cuadrante social/cultural	115
4.3 Análisis integral de los cuadrantes familiar y social/cultural	120
CAPITULO 5. Conclusiones y Estrategias de Intervención	122
5.1 Conclusiones	122
5.1.1Articulación de los 4 cuadrantes, algunos hallazgos	123
5.1.2 Persona del terapeuta	130
5.2 Propuestas de estrategias de Intervención.....	133
5.3 Propuesta de Tratamiento Integral	135
Bibliografía.....	138
Anexo 1 Articulación de los 4 cuadrantes.....	142
Anexo 2 Cuadrantes.....	146

HABÍA UNA VEZ...

Por fin salieron las manzanas, pensó. Había esperado tanto ese momento y estaba tan emocionada por el suceso, que todas las mañanas comenzó a regar las manzanas con entusiasmo. Esperaba que crecieran rojas, grandes y jugosas. Regó y regó con cariño cada una de las manzanas hasta que al pasar un mes, el árbol entero se secó y las pequeñas manzanas secas cayeron al suelo. Se había olvidado de que había que regar el tronco y no las manzanas.

Marco Navarro

INTRODUCCION

Actualmente existen estilos de vida donde contrasta o se contraponen el cuidado de la salud: por una parte hay una forma de vida a un ritmo acelerado donde el estrés se mantiene en un nivel alto, donde se busca la manera de satisfacer las necesidades de forma inmediata o en el menor tiempo posible, tal es el hecho de que existen diversas formas para obtener una figura perfecta, una de ellas es recurrir a diversas cirugías con las cuales algunas ocasiones se llega a poner en riesgo la salud, o se recurre a otros medios como el uso de aparatos que prometen excelentes resultados con el mínimo esfuerzo. La característica predominante de estos estilos de vida radica en la idea de hacer el esfuerzo necesario para mantenerse “joven”, habitualmente entendido como sinónimo de búsqueda de la salud física. Las personas acuden a los gimnasios buscando la perfección del cuerpo, recurriendo además a múltiples multivitamínicos, antioxidantes y complementos alimenticios, o recurriendo a tratamientos faciales en clínicas o spas; y los medios de comunicación constantemente transmiten diversas opciones de productos para evitar el deterioro de la imagen y retrasar el envejecimiento. Lo expuesto anteriormente difiere con la poca difusión en los diversos medios de comunicación respecto a los recursos preventivos necesarios para recibir atención médica en el cuidado de la salud, y lo que suele predominar es que se asiste al médico cuando la enfermedad ya se presentó.

Una de las grandes causas de crisis en la familia, es el hecho de que alguno de sus miembros padezca una enfermedad crónica o incapacitante¹, que implique limitaciones y que requiera ser cuidado. Las dificultades para enfrentar un diagnóstico de enfermedad crónica entre otros factores dependerá de quien sea la persona afectada, sus funciones en la familia y del tipo de enfermedad.

Dentro de la clasificación de las enfermedades crónicas se encuentra el Evento Vascular Cerebral (EVC), la cual es una entidad nosológica, que además de producir diferentes déficits funcionales y estructurales, origina diversos tipos de limitaciones

¹ Las enfermedades crónicas o discapacitantes se agrupan de acuerdo a diferencias y similitudes biológicas clave que impone demandas psicosociales diversas e importantes al enfermo y su familia.

funcionales y restricción en la participación social, existen dos tipos de EVC el tipo isquémico, y el tipo hemorrágico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al Evento vascular cerebral (EVC) como “Un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de los signos de alteración focal o global de la función cerebral que dura más de 24 horas o que conducen a la muerte, sin causa aparente que la de origen vascular” (Pérez, 1999 p. 56). De acuerdo a la clasificación psicosocial de las enfermedades crónica que plantea John Rolland (Rolland, 2000 p. 48-53) el EVC se presenta de manera súbita, su curso es constante, hay un acontecimiento inicial y posteriormente una estabilización de la condición biológica. Esta enfermedad con su condición de cronicidad, exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, frente a lo cual la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta en lo posible lograr recuperar la homeostasis² amenazada.

Además de ser una de las principales causas de mortalidad en México, un Evento Vascular Cerebral (EVC) se destaca por ser la causa más común de incapacidad en los adultos en el país, según el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez de la Secretaría de Salud (FUENTE: SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos, 2013)

De acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía³ (INEGI, 2013) en el año 2013 los casos de Enfermedad cerebrovascular suman un total de 38 881 de acuerdo a fuentes tales como: IMSS; ISSSTE, hospital de PEMEX, DIF, SEDENA, SEMAR y otras. En el año 2010 fallecieron 32 mil 306 personas por Enfermedad Vascular Cerebral, lo que la ubica como la sexta causa de muerte a nivel nacional, es decir el 83% de la población que la presenta fallece. Asimismo, se estima que cada cinco segundos ocurre un evento vascular cerebral en el mundo, según lo

² Este término fue introducido por W. B. Cannon en 1932, y designa la tendencia general de todo organismo al restablecimiento del equilibrio interno cada vez que éste es alterado. Estos desequilibrios internos, que pueden darse tanto en el plano fisiológico como en el psicológico, reciben el nombre de necesidades. De esta manera, la vida de un organismo puede definirse como la búsqueda constante de equilibrio entre sus necesidades y su satisfacción. Toda acción tendente a la búsqueda de ese equilibrio es una conducta.

³ El INEGI es un organismo autónomo, creado en 1983, responsable de generar la información estadística y geográfica en México. Integró en su estructura a diversas instituciones encargadas de la captación, el procesamiento y la difusión de información acerca del territorio, de la población y de la economía.

reporta la Secretaría de Salud (FUENTE: SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos, 2013)

Cuando un adulto vive un evento vascular cerebral, hay que tomar en cuenta que es posiblemente que se encuentre transitando por una serie de situaciones emocionales, que van desde:

- Síntomas de Depresión
- Deterioro de su imagen corporal y pérdida de capacidades físicas
- Repercusión en el ámbito laboral
- Incertidumbre personal y familiar ante la enfermedad
- Deterioro en las relaciones sociales
- Pérdidas en los diversos ámbitos: personal, de pareja, familiar y laboral
- Negación del dolor y de la dimensión del padecimiento

Es innegable la manera en que estas enfermedades afectan la calidad de vida de la persona que la padece, con la consecuente pérdida de los años de vida productiva y de vida potencial debido a la incapacidad y la creciente invalidez que obliga al retiro del mercado de trabajo y a la redefinición de los papeles sociales hasta la muerte. Ante la presencia en la familia de una enfermedad crónica y terminal, es de vital importancia que el tratamiento del enfermo sea integral, tomando en cuenta tanto el aspecto médico referente al tratamiento para transitar la enfermedad, la promoción y educación referente al cuidado de su salud, una nueva organización familiar, y todo esto mediado por las emociones y sentimientos que el proceso conlleva.

La aparición de esta enfermedad coloca al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada: soportar la carga emocional de una enfermedad que no se “cura”, que precisa tratamiento para siempre, que exige medidas terapéuticas basadas en cambios de hábitos de vida, así como elaborar pérdidas en varios aspectos tanto físicos, emocionales, sociales, de vínculos y laborales; se presentan dificultades reales de adaptación para el resto de los miembros de la familia; además de las

complicaciones físicas que pueden darse, originando una incapacidad que posiblemente sobrecargue aún más el sistema (Rolland, 2000).

Ante la enfermedad vascular cerebral se presentan dificultades en la motricidad de la persona que la vive, y dependerá de la ubicación cerebral donde se presente la afección el tipo de pérdida de las habilidades que se vean comprometidas. En el caso que analizo en la presente tesis, el área donde se presentó el evento vascular cerebral es en el cerebelo, por lo tanto las dificultades motrices se ubicaron en el área derecha del cuerpo, acompañado a su vez con problemas en el lenguaje; para recobrar las habilidades motrices éste paciente requirió de terapia física durante varios años.

La frecuencia y duración de la rehabilitación dependerá de la gravedad y del avance que presente el paciente enfermo, la dificultad física se acompaña de varias pérdidas que el paciente enfermo debe enfrentar; tanto en el aspecto físico dada la dificultad en la movilidad incluso para atenderse a sí mismo, y ante situaciones emocionales asociadas al duelo, el paciente también puede presentar dificultad para mantener el tratamiento médico y lo que esto conlleva. Por lo anterior podemos darnos cuenta entonces que la persona enferma debe enfrentar la pérdida del empleo, aplazar o descartar sus metas y planes, así como cambiar o perder las relaciones con compañeros de trabajo y amigos, más la modificación familiar que la presencia de esta enfermedad produce.

En una mirada más amplia veremos que las repercusiones en el contexto familiar son de diversa índole, en el aspecto emocional las personas enfermas han de enfrentar el dolor y la impotencia que la presencia de la enfermedad ocasiona en todos y en cada uno de los miembros familiares, John Rolland (2000) refiere que la presencia de una enfermedad crónica puede afectar la calidad y cantidad de interacciones dentro del núcleo familiar, debido a que en cada fase de la enfermedad crónica tiene sus demandas psicosociales y tareas de desarrollo específicas, que le exigen a la familia fortalezas, actitudes o cambios muy diferentes. Así mismo señala que la aflicción crónica puede influir en las relaciones del paciente enfermo con la pareja y sus hijos, y puede limitar o interferir en las experiencias e interacciones de los miembros con la

familia de origen, la extensa y con la comunidad. De acuerdo a lo anterior vemos que la presencia de la enfermedad crónica en un adulto produce en los subsistemas⁴ de la familia sentimientos de culpa e impotencia, incluso en etapas avanzadas de la enfermedad se presenta miedo y ansiedad ante la idea de su muerte. Así es como los integrantes familiares sufren cargas adicionales que requieren de constante adaptación y cuyas fuentes son múltiples: las relaciones familiares, la modificación de actividades y objetivos de la familia, la sobrecarga de tiempo y las tareas adicionales. A lo largo de las diversas etapas del sistema familiar, sus integrantes con frecuencia deben responder a cambios internos y externos, donde la familia no siempre es capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad; como lo menciona el equipo de CECFAM específicamente ante la presencia de una enfermedad crónica los integrantes se enfrentan a situaciones que los sacude y desequilibra, con frecuencia los familiares muestran sentimientos conflictivos como: culpa irracional, ambivalencias intensas, dudas acerca de su rol, resentimiento, frustración o rechazo; esto puede desencadenar una lucha de poder entre el enfermo y su pareja, que los atora en situaciones conflictivas, puesto que el otro integrante de la pareja también vive la enfermedad con sentimientos de abandono, tristeza, enojo y resentimiento. (CECFAM, 2016. Abordaje para la atención de enfermos crónicos y sus familias desde una perspectiva integrativa, Modelo CECFAM).

Si tomamos en cuenta que en el presente caso analizado la familia se encuentra en la etapa del ciclo vital donde los hijos están en la edad escolar, y el paciente enfermo es el padre, se requiere de una nueva organización familiar donde hay que considerar quién se hará cargo del ingreso económico a casa, quién cuidará al integrante enfermo, quién se hará cargo de los hijos y de las demás actividades que antes del evento vascular cerebral se llevaban a cabo de otra manera determinada.

Es por lo anterior que consideré necesario hacer una reflexión integral analizando una familia con un integrante con enfermedad crónica, que fue uno de mis

⁴ Los individuos son subsistemas en el interior de una familia y pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas, tal como el subsistema conyugal, parental, fraterno, individual. (Minuchin, 2003).

casos que atendí de la clínica ampliada del ILEF. Mi propósito es contribuir con estrategias adecuadas para la elaboración del duelo y adherencia al tratamiento en pacientes con una enfermedad crónica vascular cerebral⁵, a partir de una metareflexión del caso elegido desde el enfoque sistémico y del modelo de CECFAM⁶. Para lo anterior, me propongo analizar éste caso clínico con el que he trabajado a lo largo de 2 años, y valorar este proceso con base en mi experiencia clínica como terapeuta familiar y los aportes de los estudios bibliográficos aplicables, desde una aproximación compleja.

Considerando que el cuidado de la salud está en profunda relación con la familia, las respuestas de cómo analizar esta relación y qué hacer con ellas suele ser compleja. Para proporcionar o crear un sistema funcional capaz de hacer frente a los diversos desafíos de la enfermedad, las familias necesitan una comprensión psicosocial de la afección en términos sistémicos.

La perspectiva propuesta por John Rolland (2000) está orientada a un enfoque holístico, ecosistémico e integrador, la cual pienso complementar con los aportes de la Terapia Familiar y con los aportes del equipo de CECFAM del Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia ILEF.

Entiendo que la enfermedad tiene lugar dentro de un contexto; se trata de un proceso complejo que incluye múltiples sistemas de significados en interacción, la familia es fundamental en el establecimiento de estas estructuras de significado donde el paciente enfermo se encuentra inmerso en estas corrientes. Al plantearme cuál es el contexto biopsicosocial de la enfermedad crónica, particularmente la ocasionada por un evento vascular cerebral, reconozco que tanto la familia como el sistema de atención a la salud, influyen en la posibilidad de definirlo. Asumo que la enfermedad tiene lugar en un espacio, en la cual hay una construcción social, creada en el establecimiento de las estructuras de significado; al estar el paciente inserto en estas, se dan influencias que pueden atraparlo y dejarlo inmóvil o derribarlo para siempre.

⁵ En el capítulo 1.5 se explica con más detalle el tipo de enfermedad y sus síntomas.

⁶ CECFAM Clínica de Enfermedad Crónica y Familia es una clínica especializada del ILEF que reflexiona los casos de familias con un paciente que tiene enfermedades crónicas; derivado de su experiencia ha integrado un modelo que se retoma en este trabajo de tesis.

Analizaré críticamente el proceso del caso seleccionado con base en los siguientes modelos teóricos: El enfoque sistémico (Bateson, 1972 y 2006), el modelo de Terapia Estructural (Minuchin, 2003) y (Umbarguer, 1999) y algunos aportes de la Terapia de Pareja Elkäim (1986), Lemaire (2003), Willi (2002); el Enfoque Psicoanalítico (Mc Williams 1994), (Cancrini 2007); La Escuela Narrativa (White, 2004) , algunos aportes teóricos del trabajo de duelo (Worden, 1997) y la teoría del apego (Bowlby 2001), la resiliencia familiar (Walsh, 2004); el modelo de Rolland con los aportes del equipo de CECFAM (CECFAM, 2016; Rolland, 2000).

El caso elegido es canalizado a través de la clínica del ILEF, la clínica tiene el objetivo de favorecer y promover el trabajo comunitario, brindando ayuda profesional a todas aquellas personas que estén atravesando por una problemática familiar o de pareja⁷.

Esta reflexión está organizada de la siguiente manera: comienzo en el primer capítulo con el marco conceptual, en el cual hago un recorrido desde el enfoque sistémico a partir de los aportes de la cibernética, continúo con algunos conceptos del modelo de terapia familiar estructural y algunos conceptos de la teoría de la terapia de pareja, abordo algunos aspectos psicodinámicos pertinentes, refiero algunos conceptos de la escuela narrativa, posteriormente abordo aspectos teóricos del trabajo de duelo y la resiliencia familiar, a continuación describo el modelo de abordaje terapéutico de Rolland en familias donde algún integrante presenta una enfermedad crónica y describo el evento vascular cerebral desde un aspecto relacional y finalmente el aporte del grupo de CECFAM del ILEF.

En el segundo capítulo describiré la estrategia de análisis, la referencia del caso, las etapas consideradas en el proceso terapéutico, las fuentes con las que se contó para recabar la información, el motivo de consulta y hago una descripción del caso incluyendo el familiograma, así como los antecedentes de las enfermedades que se habían presentado en la familia.

⁷ En la estrategia de análisis explicaré el encuadre de esta clínica de atención hacia la comunidad para familias de escasos recursos.

En el capítulo tres, analizo los caracteres del paciente enfermo tanto en el aspecto individual como el corporal y sus efectos, haciendo un análisis integral de los 2 aspectos.

En el capítulo cuatro hago una revisión del caso desde el sistema familiar el cual incluye el análisis de la familia nuclear y la familia de origen; y la influencia sociocultural en el que las familias están inmersas, y presento un análisis integral.

Para finalizar el capítulo cinco presenta las conclusiones y la articulación de los hallazgos de los cuatro cuadrantes, una reflexión de la persona del terapeuta, unas propuestas de intervención y de tratamiento integral que considero pertinentes a las familias con algún integrante con enfermedad crónica específicamente evento vascular cerebral.

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas han tenido un incremento notorio en los últimos años en cuanto a la morbilidad y mortalidad, al crecer de manera alarmante en Latinoamérica representan uno de los retos más importantes que deben hacer frente los sistemas de salud. De acuerdo a los datos arrojados por el INEGI en la actualización a partir del 25 de agosto del año 2015 respecto a la tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en México se presentaron 33,166 defunciones cifra que se encuentra en la Lista Mexicana de Enfermedades, donde encontramos que ésta enfermedad ocupa el 6º lugar en las principales causas de muerte en el país. Existen algunos reportes de casos de defunciones por enfermedades cardiovasculares en países latinoamericanos, de los que mencionaré algunos ejemplos según el reporte del Estudio neuroepidemiológico nacional colombiano EPINEURO⁸ del año 2003, el total de casos con enfermedad cerebrovascular fue de 38 personas, siendo 16 hombres y 22 mujeres, hacen la comparativa con años anteriores y se presentó una disminución de la incidencia, lo atribuyen a una adecuada detección y un acertado tratamiento de la hipertensión arterial. En Costa Rica⁹, las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la principal causa de muerte, entre ellas, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular son las más importantes en frecuencia.

En la consulta de las investigaciones y artículos referentes a casos clínicos con enfermedades crónicas y/o terminales (Leandro-Sandi, 2013) encuentro que coinciden en que las personas que viven una enfermedad cardiovascular se encuentran permanentemente afectadas por el malestar, la disfuncionalidad y los sentimientos que ésta les causa, generando alteraciones en el autoestima, viven diversas pérdidas ante los diversos cambios en su estilo de vida, presentan dificultad para elaborar el duelo y miedo a morir. Veamos sólo algunos ejemplos: Según Anon Tackling (2005) “A nivel mundial la enfermedad cerebrovascular es la primera causa de *invalidez, la segunda de demencia y la tercera de muerte dentro de las enfermedades neurológicas...*” más de

⁸ Estudio neuroepidemiológico Nacional de Colombia

⁹ Castillo LM, Alvarado AT, Sánchez MI. Enfermedad cardiovascular en Costa Rica. Revista Costarricense de Salud Pública. Rev. costarric. salud pública 2006; 15: 3-16.

un tercio de las personas que sobreviven a un accidente cerebrovascular sufren secuelas graves”...

En otra investigación de Donnellan y colaboradores mencionan que *“Las personas deben hacer frente a una variedad de secuelas psicológicas como depresión, ansiedad y labilidad emocional”*. Estos factores pueden comprometer el proceso de rehabilitación y afectar el ajuste a largo plazo. Los estudios en EVC han comenzado a centrar su atención en las consecuencias psicológicas como la calidad de vida o el bienestar subjetivo en la supervivencia y los resultados funcionales (Donnellan et al., 2006). El EVC puede generar *secuelas a nivel cognitivo, conductual, emocional y /o físico que afecten o repercutan en la vida de la persona y su entorno*. El avance en el proceso de rehabilitación dependerá, entre otros factores, de las estrategias de afrontamiento que utilice cada persona, evidenciándose así la subjetividad e individualidad ante una misma situación estresante. Hay evidencia que sugiere que el afrontamiento predice el éxito de la rehabilitación (Donnellan, Hevey, Hickey & O’Neill, 2006).

Por otra parte, veo que la educación sanitaria dirigida a la población respecto a la educación de la salud, se da en un sentido directivo y biológico, se caracteriza con ser informativa mas que formativa, y es en menor grado preventiva, en cuanto a la atención médica se mira al paciente como un caso al que se le atiende de acuerdo a los indicadores biológicos que este registra. Habría de tomarse en cuenta que el proceso de la educación con respecto a la salud es responsabilidad compartida entre los servicios de salud, las instituciones sociales y la población a la cual está dirigida la intervención educativa. Habremos de considerar que ante el diagnóstico de una enfermedad crónica y terminal, su transcurso y desarrollo están mediados por las emociones y sentimientos que implican, por tal motivo considero de vital importancia que el tratamiento sea integral, al incluir en el apoyo profesional a la pareja y la familia durante el desarrollo de la enfermedad, debido a que una persona es quien vive la enfermedad orgánica y a su vez los demás integrantes de la familia la viven de manera emocional; por lo tanto si se realiza conjuntamente la atención médica y tratamiento, incluyendo la promoción y educación referente al cuidado de su salud, y al sumar el

tratamiento terapéutico le permitirá transitar a la familia hacia una nueva organización y una mejor elaboración del duelo. Considero que las consecuencias familiares ya referidas de los EVC exigen analizar y proponer formas de tratamiento en la terapia familiar que puedan considerar no sólo los efectos individuales de la enfermedad sino las implicaciones sistémicas de la dinámica familiar y su entorno, para brindar una atención más pertinente; por lo tanto mi investigación pretende aportar a este reto ya presente en la terapia familiar.

OBJETO DEL ESTUDIO

El proceso de elaboración del duelo de una familia con un integrante que presenta un Evento Vascular Cerebral, aplicando el modelo biopsicosocial de John Rolland en un adulto que ha vivido un evento vascular cerebral

OBJETIVO

El presente informe de la experiencia terapéutica profesional con un paciente con enfermedad crónica está pensado para contribuir con propuestas de intervención integral como contribución al trabajo de la terapia familiar sistémica en casos con algún integrante de la familia que presente un evento vascular cerebral.

A partir de éste objetivo surgieron algunas preguntas que me guiaron en la revisión bibliográfica, así como en la sistematización de la experiencia durante el trabajo terapéutico, las cuales fueron: ¿Cuáles son las consecuencias emocionales y de sus vínculos afectivos (pareja, familia, laboral) que presenta el paciente con una enfermedad vascular cerebral? ¿Cómo se enfrenta el paciente a sus pérdidas físicas, emocionales y de vínculos posteriores al evento vascular cerebral? ¿Con que fortalezas cuenta el paciente que le permitan retomar su vida personal, familiar, de pareja y laboral?

La propuesta de intervención integral, es el resultado del análisis y la reflexión del caso clínico atendido, desde la experiencia vivida tanto en la práctica clínica, la revisión bibliográfica acotada, y desde el nivel personal. El objetivo de la propuesta de intervención es que ésta pueda ser retomada por otros terapeutas familiares quienes requieran tener una guía de intervención en casos con enfermedades crónicas y que les permita enriquecer su trabajo terapéutico.

Capítulo 1. Marco Conceptual

En el presente capítulo analizo, por una parte, los fundamentos del modelo sistémico de intervención terapéutica con algunos agregados de otras escuelas de terapia familiar sistémica y psicodinámica; y por otro lado las herramientas que apoyan el modelo de abordaje analítico y de intervención Rolland-CECFAM en familias con enfermedades crónicas en sus integrantes

1.1. Enfoque Sistémico

La importancia de hacer un recorrido de los presupuestos del paradigma sistémico-cibernético, fundamento de la terapia sistémica, desde la segunda mitad del siglo XX hasta nuestros días, radica en tener presente la mirada de el pensamiento sistémico, sus planteamientos, características y conceptos relevantes, y su utilidad para el análisis de la presente Tesis *Enfermedad crónica: Evento vascular cerebral. Un estudio de caso.*

En esta revisión incluyo algunos aportes de varios autores, entre ellos Gregory Bateson (2006) y Heinz von Foerster renombrados científicos cuyas ideas constituyen los cimientos del pensamiento sistémico; describo algunos conceptos de la Teoría General de los Sistemas de Ludwig von Bertalanffy, abordo los axiomas de la Teoría de la Comunicación de Watzlawick y algunos aportes de la Cibernética. Puesto que estas teorías son tan amplias, sólo retomaré los conceptos que considero pertinentes para la comprensión de la presente investigación, para conectar los diversos enfoques que abordo en el análisis de este caso en particular.

Parto entonces con Gregory Bateson (2006) fué un Biólogo, antropólogo y epistemólogo, cuyos conceptos han tenido gran influencia en los más diversos campos del pensamiento científico moderno. La diversidad de temas que atraparón su interés incluye, entre otros, una vasta erudición en zoología, psiquiatría, antropología, estética, lingüística, educación, evolución, cibernética y epistemología. Bateson (Bateson, 1972; y Bateson citado en Keeney, 1991 pág. 158), se cuestionó cuál es la pauta que conecta a todas las criaturas vivientes; cuáles son las configuraciones, las formas y las

relaciones que pueden ser observadas en todos los fenómenos, priorizó los conceptos de información, forma, patrón y pauta para buscar una concepción totalizadora de la mente:

“¿Qué pauta conecta al cangrejo con la langosta y a la orquídea con el narciso, y a los cuatro conmigo? ¿Y a mi contigo? ¿Y a nosotros seis con la ameba, en una dirección, y con el esquizofrénico, en la otra?”.

De acuerdo al planteamiento de Bateson, me parece que, al analizar la información acerca de las pautas que conectan, se puede vivenciar entonces la totalidad del ecosistema. La aportación de éstos conceptos me permite analizar las pautas que conectan la interacción en dicho sistema familiar, para identificar en él la regla, o bien la estructura relacional en donde se ubica al síntoma, -en éste caso la enfermedad crónica- de manera interna en su organización; es decir, poner el foco de atención en el cambio del patrón interaccional en su totalidad. Asimismo, al ampliar la mirada e incluir la diversidad de entornos en los que se relaciona la familia, retomo de Bateson (Bateson, G. 2006) quien hace referencia a contextos de intercambio entre personas:

“lo que existe entre las personas es una regularidad de su conducta exterior respecto de otras personas, y esa conducta abarca la conducta de otras personas, porque si las otras personas no entran en el juego esto no dará resultado”.

Considero importante incluir en el análisis su planteamiento del concepto de *contexto*, para mirar los diversos contextos en los que la familia se relaciona y los efectos provocados, de ida y vuelta la presencia de la enfermedad; pues cada fenómeno tiene un sentido en la comunicación y da un significado dentro del contexto en que se produce. Otros aportes que retomo de Bateson son los referentes a una ecología de la Mente; la mente va más allá del contenido de un cráneo, parte de la idea de poder describir las diferentes series de cosas que suceden en nuestra cabeza, que se conecta con nuestra conducta y la relación establecida con las demás personas,

donde se crean diversas ideas interdependientes y conectadas a la vez. Para analizarlas tendría que hacerse por separado, dado que es demasiado difícil pensar en todo al mismo tiempo. Bateson propone una concepción totalizadora sobre la naturaleza del orden y organización en los sistemas humanos:

"...el concepto de mente surgió, para mí, como un reflejo de partes más amplias y múltiples partes del mundo natural afuera del ser pensante".
"La mente individual es inmanente pero no sólo en el cuerpo. Es inmanente también en los caminos y mensajes fuera del cuerpo; y hay una mente más amplia de la cual la mente individual es sólo un subsistema..., pero es también inmanente en el sistema social totalmente interconectado y la ecología planetaria". (Bateson, G., 1972)

De acuerdo a lo que él nos plantea, me parece que no hay posibilidad de que la mente sea vista como algo tan simple; se trata de un sistema complejo que va más allá del funcionamiento de las neuronas. La mente tiene que ver con nuestro entorno, con el momento histórico en el que estamos inmersos, el lugar geográfico; todo relacionado por la vivencia interna y al mismo tiempo externa. Cada persona piensa diferente y procesa diferente; por lo tanto cada individuo vivirá de forma particular las situaciones, y en este caso, abordando el tema de investigación, vivirá una enfermedad de manera diferente a otra persona, mientras es parte de un sistema familiar donde hay determinadas creencias y maneras diferentes de enfrentar la enfermedad, me permito analizar los sistemas de creencias y los movimientos que se provocan en todo el sistema familiar.

Al describir a la mente Bateson señala que en sus varios estratos:

"Hay una conciencia "en prosa" corriente: la conciencia tipo presente del indicativo. Esto es lo que uno percibe como cierto, en el sentido de lo que uno percibe"(Bateson, G. 2006).

Nos dice que en este aspecto se es capaz de entender lo que se percibe, y la mente tiene la habilidad de hacer distinciones entre lo percibiendo día con día, por ello

se va convirtiendo en un símbolo; considera que este proceso de pensamiento se realiza en el hemisferio izquierdo del cerebro. El otro tipo de pensamiento donde no se pueden realizar las distinciones, ni identificar la realidad, se efectúa en el lado derecho del cerebro, él lo llama “el lado que sueña”, pues elabora lo abstracto y lo más inconsciente de la mente. En el análisis de éste caso, el concepto de *ecología de la mente* me permite observar el proceso de pensamiento elaborado por el paciente enfermo de forma individual; y en cuanto a la familia, qué sucede en los dos niveles y ver cuál predomina, es decir, qué piensan y cómo se lo explican, y si a la par está la emoción, o si predomina esta última.

En cuanto a la observación de lo relacional, es necesario incluir otros conceptos de Bateson (2006) para analizar los sucesos al interior de la familia, y ampliar la mirada para incluir las interacciones al exterior en otros contextos sociales en los que esta forma parte. Partiendo de los acontecimientos en el interior, incluiré el concepto de *Esquismogénesis*, tal como lo menciona Lynn Hoffman cuando cita a Bateson: “Un proceso de diferenciación en las normas del comportamiento individual resultante de la interacción acumulativa entre individuos” (Hoffman, L. 1990 p. 47) referirme a éste concepto lo considero importante puesto que posibilita observar las respuestas de reacción mutua realizadas en las interacciones familiares, caracterizadas en dos tipos de ciclos llamados simétricos y complementarios; en los simétricos el comportamiento de los involucrados se simula al de los casos de rivalidad o competencia; y en el complementario el comportamiento es distinto, tal como en situaciones de dominio-sumisión.

Me parece importante incluir otros conceptos que forman parte de la Teoría General de los Sistemas, ésta teoría fue desarrollada por el biólogo austro-canadiense Ludwig von Bertalanffy en 1968; y surge ante la necesidad de dar un nuevo enfoque a los fenómenos sociales; razón por la cual sistematiza conceptos de la termodinámica, de la cibernética, la biología, la teoría de conjuntos, etc. para facilitar un enfoque unitario de la realidad y la comprensión del comportamiento de diversos sistemas en los cuales aparecen similitudes estructurales o isomorfismos en diversos campos:

“La teoría general de los sistemas, su tema es la formulación de principios válidos para sistemas en general, sea cual fuere la naturaleza de sus elementos componentes y las relaciones o fuerzas reinantes en ellos” (Bertalanffy, L: 1980 P.37).

Bertalanffy hace referencia que los sistemas vivos son, básicamente, sistemas abiertos, dado su definición:

“Un sistema abierto es definido como un sistema que intercambia materia con el mundo circundante, que exhibe importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes materiales”. (Bertalanffy, 1980)

Se refiere a aquellos sistemas u organismos que intercambian materia, información y energía tanto en su interior como en su entorno; es decir, hacia el mundo interno de los individuos, y por otro lado, hacia otro sistema que le impone normas y determina alguno de sus valores. Me parece importante utilizar el concepto *sistemas abiertos* en el análisis de este caso, al mirar a la familia como un sistema abierto en transformación, e identificar las formas en las que constantemente recibe y envía descargas de y hacia el mundo extrafamiliar, debido a que opera dentro de otros contextos sociales específicos, y cómo esto tiene influencia en la familia; por ejemplo, en el contexto sanitario mientras interactúa el paciente identificado al recibir consulta médica, y conforme asiste a la rehabilitación, recibe información de su evolución. Esto tiene un efecto en su persona que permite o dificulta el acoplamiento a nuevas circunstancias de la enfermedad y lo que esta conlleva, para de este modo, enfrentar las demandas de la etapa del ciclo vital en curso.

Para analizar a la familia, me apoyo en ciertas propiedades que se le atribuyen a los sistemas abiertos desde la Teoría general de los sistemas, uno de éstos conceptos es el de *Totalidad*. Partiendo de que la familia no solo es la suma de sus miembros, sino que todos ellos forman un sistema donde la modificación de uno de ellos induce en el resto, por lo tanto cualquier cambio en un elemento influye en todos los demás, y el todo volverá a influir en los elementos haciendo que el sistema se torne diferente.

Relacionado con el concepto de estructura que define la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico, la estructura de una familia nunca es estática ni invariable, tiene funciones específicas; es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos de interacción entre los miembros de una familia, o dicho de otra manera: el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros cómo deben funcionar. Entonces, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento. En respuesta a las demandas habituales, la familia activará preferentemente algunas pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia exijan su reestructuración. De este modo, la familia se adaptará al estrés para mantenga su continuidad y, a su vez, posibilitar su reestructuración. A partir de estos conceptos se puede analizar, en la organización familiar, los movimientos realizados por cada integrante y los efectos desencadenados en la estructura familiar. La importancia de incluir los anteriores conceptos implica mirar el proceso en la estructura familiar desde antes del evento vascular cerebral y los cambios que se presentaron en la organización durante su evolución para transitar la enfermedad, así como los cambios posteriores a la recuperación.

Ahora bien, partiré de los conceptos de equifinalidad y equipotencialidad; considerando que el estado de equifinalidad en los sistemas abiertos, esta determinado por la naturaleza de la relación y no por sus condiciones iniciales, de manera tal, que distintas condiciones iniciales pueden llevar a un mismo estado del sistema; y donde la equipotencialidad refiere a la posibilidad de obtener distintos estados y efectos a partir de un comienzo inicial. Estos dos términos me brindan la posibilidad de mirar la historia de la familia, pues no importa sólo el principio y el final, sino la parte intermedia, y el proceso total de las transacciones utilizadas por el paciente y la familia ante la presencia de la enfermedad; así como su interacción en los contextos donde se relacionan ya sea el hospital, el social, etc. ante las crisis e incluso los recursos que utilizan en estos contextos transitando a la par el ciclo vital. Es importante también considerar en el análisis el concepto de *Isomorfismo* establecido por Bertalanffy, referente a que “se pueden presentar conceptos, modelos y leyes parecidos en campos muy diversos, independiente y fundándose en hechos del todo distintos” (Bertalanffy, L.

1980). El concepto de *isomorfismo* permite en el presente análisis terapéutico permite identificar en qué medida son isomórficas las pautas de conducta y comunicación presentes en la familia nuclear, la familia de origen, en los subsistemas familiares y en los diversos contextos en los que ésta se relaciona y su influencia en la estructura familiar.

Estos puntos dirigidos al análisis en la presente investigación, me interesan para tener en cuenta que, en un sistema familiar, cada integrante es un elemento que interactúa con los otros participantes del mismo; así como con su entorno, todo esto orientado a un fin común que puede ser de supervivencia, de desarrollo, de acoplamiento, de calibración, y en este caso vivenciar la presencia de la enfermedad con todas las consecuencias, pues ahí radica la importancia de analizar el antes, el durante y el después de la presencia de la enfermedad, para identificar tanto los patrones de comportamiento que promueven una nueva organización familiar para el logro de sus objetivos en conjunto y de manera personal, de acuerdo a la etapa de vida en la que se encuentran, como todos los posibles contextos en que se relacionan y poder ubicar también los que dificultan la elaboración de los duelos.

Pasemos ahora a revisar algunas aportaciones de la Cibernética, esta importante ciencia que nutrió a la TGS y ayudó a los avances de la terapia familiar. Aclaro que únicamente incluyo los conceptos, a mi juicio, más pertinentes para el presente análisis, los cuales están relacionados con la importancia de los procesos de retroalimentación en la comprensión de la conducta en el sistema familiar.

El trabajo de Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Julian Bigelow “Behavior, Purpose and Teleology” publicado en 1943 se reconoce como el primer documento de lo que al final de esa década se le llamó cibernética, cuyo objeto de estudio se enfocó en los procesos de retroalimentación y control del ser humano y las máquinas. Su trabajo explicaba cómo una unidad orgánica se mantiene a través del tiempo y de qué manera su conducta se da en función de una cierta finalidad a la que tiende en todo momento para corregirse y, en consecuencia, a autorregularse. De acuerdo a Keeney:

“La cibernética estudia de qué manera los procesos de cambio determinan diversos órdenes de estabilidad o de control” (Keeney, B. 1991 p. 88).

En sentido amplio, Keeney refiere que la Cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización. Sugiere que todo cambio puede entenderse como el empeño en mantener una cierta constancia en la organización, y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio. Para dar cuenta de estos juegos de estabilidad y cambio presentes dentro del sistema familiar, me apoyo en algunos conceptos que describiré a continuación.

La cibernética introduce la idea de circularidad a través del concepto de retroalimentación o feedback, que es la capacidad de respuesta de un sistema para el mantenimiento de un estado de equilibrio, conocido como homeostasis, es decir, como la autoregulación de los sistemas vivos que les permite mantenerse en un estado de equilibrio dinámico. Dicha regulación se produce siempre tras la ruptura del equilibrio; es decir, cuando el estado ideal del sistema no coincide con su estado actual, el sistema reacciona provocando una nueva búsqueda de equilibrio; por lo tanto el concepto de feedback conduce a la descripción de procesos circulares. Un bucle de retroalimentación es una disposición circular de elementos conectados, en donde una causa inicial se propaga alrededor de los eslabones sucesivos del bucle, de modo que cada elemento tiene efecto sobre el siguiente, hasta que el último elemento vuelve a retroalimentar el efecto sobre el primero que inició el proceso. (Keeney, 1991).

Al aplicar los anteriores conceptos en la observación en un sistema familiar, vemos que en las interacciones entre sus miembros se llevan a cabo procesos de retroalimentación: las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen o dificultan determinadas acciones entre ellos. Las formas de reacción del sistema llamadas por Maruyama (1968) “retroalimentación positiva” amplifica la desviación respecto al estado ideal del sistema. Este tipo de retroalimentación puede llevar a la destrucción del sistema, convertirse en un mecanismo de creación de nuevos sistemas o de reestructuración de los ya existentes.

En la retroalimentación negativa, la reacción del sistema tiene un efecto contrario al del elemento perturbador y, por consiguiente, éste busca recuperar el equilibrio a través del mantenimiento del estado ideal (Sluzki, 1987 p. 66).

A estos procesos se les conoce en cibernética como: morfogénesis y morfostásis, respectivamente (Hoffman, 1987 p. 57). Tenemos entonces que la Morfogénesis es el proceso de desviación y variabilidad del sistema que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante mecanismos de retroalimentación positiva; mientras que la morfostásis, se refiere al mantenimiento de la constancia de un sistema a través de mecanismos de retroalimentación negativa. Observar a la familia a analizar desde este punto de vista, me permite detectar las interacciones en las cuales la familia se activa y quiénes son los que participan; asimismo, advertir y analizar las conductas con las cuales la familia se retroalimenta y se autoregula; dado que estos procesos de retroalimentación son los que dan la estabilidad a la organización familiar y en otros periodos provoca los cambios. Tomando el concepto de *calibración*, que constituye las reglas que gobiernan la estabilidad del sistema, la regulación por calibración es un modelo de estabilización que consiste en el pasaje de un sistema de un estado a otro, por lo tanto la organización familiar se puede mantener gracias al control de los fragmentos intensificados de conducta. Se dice entonces que tal organización o sistema familiar perdura debido a que es autocorrectivo; tener en cuenta éste concepto me permite analizar en el sistema familiar los movimientos realizados para autoregularse, es decir, estabilizarse y adaptarse ante los ciclos evolutivos por los que transita.

Conforme a los anteriores conceptos tomados de la cibernética, es posible analizar los procesos de retroalimentación que se llevan a cabo en la organización familiar, los cuales mantienen la pauta que conecta recursivamente a la familia previo y frente a la presencia de la enfermedad crónica. La condición de estabilidad de la familia ha de ser analizada a la luz de los cambios que permiten tal estado, es decir hacer uso de un tipo de pensamiento circular.

El pensamiento circular (Hoffman, 1987 p. 280) permite observar la posible

relación existente entre los elementos de un sistema, y cómo estos son recíprocamente contingentes e influyen sus conductas entre sí de una manera compleja; esta mirada concede el análisis, en este caso de investigación, de la manera que influye el comportamiento de cada integrante, provoca la respuesta en los demás y, a su vez, en los movimientos que todo el sistema realiza, para así plantear las pautas y patrones de comportamiento de la danza familiar. Esta mirada contrasta con el tipo de pensamiento lineal, donde lo lineal describe una relación tal entre una serie de causas o argumentos que la secuencia no regresa al punto de partida. Asimismo, el pensamiento circular me permite considerar que tanto la familia como mi presencia en mi papel profesional, formamos parte de un campo más extenso donde puedo observar cómo terapeuta, familia y otros elementos, actúan y reaccionan de diversas maneras, debido a que cada acción y reacción modifica constantemente la naturaleza del sistema terapéutico.

Según Heinz von Foerster, la historia de la cibernética se puede observar como un proceso que se desarrolla en tres niveles de complejidad: una Cibernética de cero orden, la cibernética de primer orden, y una cibernética de segundo Orden, lo cual trata de una reflexión sobre la reflexión de la cibernética, resultando imposible acceder a un nivel superior a éste, dado que cuando uno reflexiona sobre la reflexión se cierra el círculo de argumentación; se produce una clausura organizacional que sólo puede trascenderse a sí misma dentro de sí misma.

En terapia familiar se ubican dos tipos de cibernéticas para diferenciar los énfasis en los circuitos de retroalimentación analizados en los sistemas familiares.

Primera Cibernética

Según (1940) Herón de Alejandría en el año 62 A. C., fue el primero en inventar un sistema cibernético. Éste consistía en un mecanismo de retroalimentación negativa que regulaba el líquido arrojado de una jarra al llenar un vaso, y se detenía en un determinado momento previsto anteriormente. El sistema de autorregulación se aplicó ya en ese entonces, pero no hubo desarrollos teóricos o reflexiones al respecto.

Desde la época de Herón hasta la aparición de la cibernética de primer orden

deberán pasar 2000 años. En 1932, el biólogo Claude Bernard utiliza el concepto de medio interno para hacer referencia al organismo como sistema y plantear que no es posible pensar una parte del organismo separada de las otras, ya que todas son interdependientes en una dinámica no descriptible en los términos causales corrientes.

La epistemología tradicional considera que la realidad existe independientemente de quien la observa. El pensamiento científico se basa en esta premisa al considerar que la objetividad en la ciencia es fundamental y, por lo tanto, las propiedades del observador no deben estar incluidas en la descripción de sus observaciones. A esta primera etapa en el desarrollo de la cibernética se le conoce como la primera cibernética.

CIBERNETICA DE PRIMER ORDEN

Los primeros trabajos en cibernética, incluyendo los aportes centrales de Norbert Wiener (1948, 1954), se centraron en los procesos de corrección de la desviación, es decir en la retroalimentación negativa, postulando cómo los sistemas operan para mantener su organización. La Cibernética de Primer Orden se define como Cibernética de los Sistemas Observados. En esta cibernética hay una excesiva confianza en nuestros sentidos y percepciones, como si fuesen fidedignos de una realidad que esta "afuera", en donde nuestro rol es "descubrirla" para tener un mejor entendimiento acerca del mundo.

Desde la Cibernética de primer orden, la intervención en el sistema terapéutico es desde la mirada sujeto-objeto, donde dicha intervención es directiva en el sentido que el sujeto incide sobre el objeto y no viceversa. Considero importante incluir estos conceptos en el presente análisis, debido a que, por momentos, en las sesiones con ésta familia fue necesario hacer intervenciones directivas para propiciar movimientos en ella, para observar sus respuestas y revisar si hacían algún tipo de cambio ya sea de primer o segundo orden. Por lo tanto explico entonces dichos conceptos, para su comprensión en el capítulo de análisis de la referida familia.

En un sistema familiar se presentan periodos de estabilidad y cambios; los tipos diferentes de cambio y adaptación producidos en la familia, son originados por distintos tipos de retroalimentación, tanto negativa como positiva, lo cual ya expliqué en párrafos anteriores. El cambio de primer orden se basa en gran medida en la retroalimentación negativa, que equilibra las desviaciones y mantiene a la familia en un nivel constante; por otro lado, los ocasionados por la retroalimentación positiva, donde se producen movimientos en las reglas o formas de funcionar que rigen la estructura familiar, son los cambios de segundo orden. En el capítulo de análisis, hará referencia a estos conceptos, en tanto se hayan observaron o no, en la familia, alguno de estos tipos de cambio.

CIBERNETICA DE SEGUNDO ORDEN

La segunda etapa en el desarrollo de la cibernética fue bautizada por Magoroh Maruyama como segunda cibernética. Aquí el énfasis se desplaza a los procesos de amplificación de la desviación, la retroalimentación positiva, y los procesos sistémicos de cambio (Keeney, 1991 p.101). Es entonces cuando los nuevos desarrollos de la física cuántica, los aportes del filósofo Ludwig Wittgenstein, del neurofisiólogo Warren Mc. Culloch, del físico, cibernetista, biomatemático y filósofo Heinz von Foerster y los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela constituyen los pilares sobre los que se ha configurado el territorio de la cibernética de segundo orden. En 1972, la presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, Margaret Mead (1976) pronuncia un discurso titulado “Cibernética de la cibernética”. Es el Profesor Heinz von Foerster (1973) quien sugiere cambiar este nombre por Cibernética de Segundo Orden o Cibernética de los Sistemas Observantes. Es, como lo menciona Keeney “una manera de señalar la inclusión y participación de los observadores en el sistema” (Keeney, 1991 p. 93). Por lo tanto es la cibernética de segundo Orden quien nos introduce en la observación del observador, el objeto de estudio pasa a constituirse en el observador, observando su propia observación; cibernéticamente hablando, la cibernética se transforma en la cibernética de la cibernética, o cibernética de segundo orden.

En otras palabras, lo que caracteriza a la cibernética de segundo orden es su fundamento en la premisa de que no pueden plantearse observaciones, de un sistema, por ejemplo, con independencia de los observadores. No se trata de algo trivial, ya que si lo reflexionamos permite al observador adentrarse en una nueva consideración de posibilidades, donde la experiencia propia y las diversas distinciones/puntuaciones que cada uno hace de su realidad cobran una importancia crucial. Hay una pérdida de la neutralidad del observador, en la cual toda descripción es desde sí mismo. En el sistema terapéutico desde la Cibernética de segundo orden, la interacción se hace desde la mirada sujeto-sujeto. A diferencia de la cibernética de primer orden, en ésta el objeto se vuelve sujeto debido a que hay interacción de ida y vuelta, además de influir también sobre el primer sujeto. Por lo tanto, el terapeuta se incluye dentro del sistema familiar, se vuelve parte y sus intervenciones también son respuesta de las observaciones hechas en la familia.

Esta aportación de la cibernética de segundo orden, es de vital importancia en las sesiones terapéuticas con esta familia, donde, como terapeuta me inserto en la familia de manera activa mediante un diálogo colectivo, que permita analizar la forma en que están vinculados, organizados e interactúan entre si de acuerdo a sus creencias, jerarquías, tipos de relación y etapa del ciclo vital en la que se encontraban previamente a la presencia de la enfermedad, todo esto influencia y se ve influenciado en la forma en que viven y se enfrentan a los cambios durante y después de la enfermedad, para generar propuestas de puntos de vista alternativos y/o connotaciones, con las cuales la familia no desarrolle comportamientos sintomáticos. En estos procesos, sin duda intervienen procesos de comunicación, los cuales se analizarán a partir de la teoría de la comunicación humana, por lo tanto a continuación retomo los conceptos que la forman.

Los autores Paul Watzlawick, Don Jackson y Janet Beavin, en su obra *La Teoría de la Comunicación Humana*, donde presentan las nuevas ideas sobre comunicación fundadas la cibernética y la teoría general de los sistemas, se considera, hasta hoy, un clásico en el campo de la terapia sistémica. En ella, los autores se refieren fundamentalmente a un tipo de comunicación, como comportamientos o conductas que

afectan a las personas en su interacción, y plantean en forma de axiomas algunas de las ideas surgidas de su trabajo con Bateson. Los axiomas de la comunicación resumen una manera de comprender la comunicación, poniendo atención al contexto, a las relaciones, a nuestras interpretaciones y al conjunto que resulta de todo esto (Watzlawick, 1974).

Planteo a continuación los axiomas de la comunicación (Watzlawick, 1974 p. 49-70):

1. **La imposibilidad de no comunicarse.** Hace referencia a que, en la interacción, toda conducta comunica; es decir, transmite un mensaje, por lo tanto no se puede dejar de comunicar.
2. **Existen dos niveles componentes de toda comunicación,** el primero referido al **contenido** del mensaje, y el segundo, a la definición de **la relación**. El contenido hace alusión a lo que decimos, y el de relación a quién y cómo lo decimos. A través de la comunicación todos podemos expresar nuestra forma de ser y la visión de la relación con la otra persona.
3. **La puntuación de la secuencia de hechos.** Referente a la organización de los hechos de acuerdo a las distinciones que traza cada participante, de modo que uno u otro tiene la iniciativa en esa secuencia, determinando así distintas lecturas de una misma situación. La diferenciación entre los dos componentes de toda comunicación, **digital** y **analógico**, verbales y no verbales respectivamente. Las personas interpretan lo que ocurre ordenando los hechos en secuencias coherentes, pero necesitan ser arbitrarias dado que expresan una perspectiva personal, pues por lo general interpretan su conducta de manera independiente de la conducta del otro.
4. la relación **simétrica y complementaria** entre los participantes. Se caracterizan como simétricas las interacciones en las cuales los participantes igualan sus comportamientos recíprocos; y complementarias las que se basan en una máxima diferencia.

Estos axiomas de la comunicación posibilitan analizar las formas de comunicación que la familia empleaba previo al EVC, tanto en su contexto familiar como en otras interacciones hacia el exterior, así como identificar si durante la evolución de la enfermedad pudieron crear otras formas de comunicación y cuáles presentaron posteriormente a la recuperación, para ubicar cuáles fueron los cambios que se presentaron durante el proceso terapéutico. Tanto es útil para mi análisis como para la familia, poder observarse en éstos movimientos, lo cual es posible a través de la metacomunicación, como refiere Bateson a la capacidad de comunicarse sobre la comunicación; es decir, un nivel de comunicación donde se puede comentar las acciones significativas en una relación, con la finalidad de corregir nuestras percepciones acerca de la conducta de si mismo y de los demás, tal como lo han referido Bateson, Watzlawick, Jackson, Haley y Weakland (Hoffman, 1990 p. 223).

1.1.1. El Modelo de Terapia Familiar Estructural.

La importancia de incluir este modelo de terapia familiar, radica en que se trata de una significativa herramienta que muestra de manera detallada y clara la constitución y organización del sistema familiar, permitiendo analizar las pautas transaccionales dentro de la familia y entre ella y otros sistemas, como, en éste caso las instituciones de salud, organizaciones básicas en la conformación del comportamiento individual del paciente enfermo. Por la razón anterior pondré el acento en describir algunos de los conceptos del modelo, útiles para el análisis de este caso articular, de acuerdo a su estructura, organización y funcionamiento, en el respectivo capítulo.

Este modelo de terapia familiar es desarrollado por Salvador Minuchin, a partir de su experiencia en el trabajo con familias de las zonas marginadas de Estados Unidos y con otras que contaban con algún integrante con problemas psicosomáticos. Entre sus colaboradores se encuentran Jay Haley quién posteriormente realizó la terapia estratégica, Braulio Montalvo y Harry Aponte.

Desde este modelo, se considera que la familia está en un constante movimiento respecto a su proceso de desarrollo, dado que debe enfrentar presiones en su interior ante los cambios evolutivos de sus integrantes y sus subsistemas, generando pautas

transaccionales a partir de las construcciones de la realidad que están relacionadas con las experiencias familiares. Al mismo tiempo hace frente a presiones externas, que surgen ante la necesidad de adecuarse a las diversas instituciones sociales. En este abordaje, la mirada puesta en la familia parte de la inclusión del contexto y a la atribución de la responsabilidad compartida entre los integrantes de la familia sobre lo que ocurre con relación al síntoma que se está presentando. Tal como lo menciona Umbarguer (Umbarger, 1999 p. 24):

“Hay un estado de continuo intercambio con el ambiente, esta actividad de intercambio es el contexto dentro del cual la vida se organiza, se desarrolla, cambia y por último muere. En las familias el contexto de intercambio incluye su clase social, su etnicidad, la cultura que la enmarca en su particular escenario geográfico y su tiempo dentro de la historia universal”

Incluso hay un interés en encontrar cómo es que todos los integrantes de la familia participan para mantener el síntoma, y, al mismo tiempo en entender de qué manera éste se presenta como resultado del esfuerzo de algunos miembros por mantener la estabilidad familiar.

Conceptos Estructurales:

- A) El sistema familiar.** De acuerdo a Salvador Minuchin, (Minuchin, 1984) éste sistema da inicio cuando una pareja se une con la intención de formar una familia, lo cual constituye el comienzo formal de una nueva unidad familiar. Conforme va avanzando en sus etapas del ciclo vital, se va componiendo de subsistemas, entre los que existen límites con el objetivo de proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él.

- B) Estructura Familiar.** Al considerar el análisis de la estructura familiar, Minuchin (Minuchin, 1984; Minuchin *et al.*, 1967) marca la pauta de incluir tanto en el análisis como en la intervención de la familia, su desarrollo en las diversas etapas que transita de su ciclo vital, las creencias que definen sus relaciones y la

organización de la familia. Este concepto me permitirá comprender cómo se define la familia a sí misma, a sus miembros y a sus procesos de desarrollo, cuáles son las premisas culturales que marcan sus pautas transaccionales y cómo se explican lo que ocurre en ellas, con relación a sí mismas y respecto a los contextos en los que interactúan.

- C) Subsistemas.** El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas, como la de marido-mujer, madre-hijo o hermano-hermana, pueden ser subsistemas. También hay posibilidad de formarlos por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas y desarrolla diferentes funciones.

En un **sistema familiar** se van formando los siguientes subsistemas:

a) Conyugal: es el primero, formado a partir de la unión de una pareja, donde se van formando un cierto número de acuerdos posibles. Minuchin refiere que cada cónyuge intentará que el otro asuma las actitudes que conoce o que prefiere y lo incitará a hacerlo, lo confirmará en algunas circunstancias y lo descalificará en otras; asimismo, conforme los cónyuges se van acomodando a las preferencias del otro, algunas conductas se verán reforzadas y otras descartadas.

b) Parental: tras el nacimiento de los hijos, el subsistema conyugal ha de desarrollar habilidades de socialización, nutritivas y educacionales. Se ha de asumir una nueva función, la parental, sin renunciar a las que caracterizan al subsistema conyugal. El parental es la unidad de la familia en la que recae la responsabilidad de la guía y alimentación de los hijos.

c) Filial: la relación con los padres y entre los hermanos conforma el subsistema filial, una de sus funciones es ayudar al aprendizaje de la negociación, cooperación, competición y relación con figuras de autoridad y entre iguales.

d) Los límites o fronteras familiares internas son identificables por las reglas de conducta aplicables en los distintos subsistemas familiares. Es decir, define quiénes participan y de qué manera, además de proteger la diferenciación del subsistema y el sistema, permitiendo a sus integrantes el desarrollo de sus funciones y el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros:

Los **límites difusos** son aquellos difíciles de determinar; éste tipo de límites caracterizan a las familias aglutinadas, las cuales no tienen límites establecidos claramente y no saben cuál es el rol de cada uno de sus miembros.

Los **límites rígidos**, son complicados de alterar en un momento dado; estos límites caracterizan a las familias desligadas; es decir, en ellas los límites internos de los subsistemas impiden entre sus miembros mantener un contacto significativo o predecible.

Los **límites claros** resultan definibles y a la vez modificables. Se considera que los límites claros comportan una adaptación ideal.

De acuerdo a Minuchin, quien refiere a ciertas familias que, frente al estrés incrementan la rigidez de sus pautas de transacción y de sus fronteras, sin explorar alternativas o son renuentes a hacerlo, presentan ciertas patologías. (Minuchin, 1974. Pag. 60) y se generan en el todo como familia y no sólo de manera individual. De lo anterior también hace referencia Umbarger (Umbarger, 1999 p. 45):

Las perturbaciones solo se generan cuando las conductas de frontera de quienes participan en los subsistemas se vuelven inadecuadamente rígidas o débiles, y de ese modo estorban un intercambio adaptativo de informaciones con los subsistemas circundantes.

Dichas patologías se categorizan en: Patologías de frontera, de alianza, de triángulo y de jerarquía:

En cuanto a las patologías de frontera, para una mayor comprensión, veamos las características generales de las *familias aglutinadas o enmarañadas*:

- a) Presentan un exagerado sentido de pertenencia.
- b) Se observa una ausencia o pérdida de autonomía personal.
- c) Hay poca diferenciación entre subsistemas con poca autonomía.
- d) Es frecuente la inhibición del desarrollo cognitivo/afectivo en los niños.
- e) Todos sufren cuando un miembro sufre.
- f) El estrés repercute intensamente en la totalidad de la familia.

Y de acuerdo a Minuchin tal como lo cita Lynn Hoffman, menciona que en la familia enredada se observa que se presenta una “intima interrelación” de sus integrantes. “Su calidad de conexión es tal que los intentos de un miembro por cambiar provocan una rápida resistencia complementaria de parte de los demás” (Hoffman, 1990 p. 120).

En el caso de las familias *desligadas*, éstas se caracterizan por límites internos muy rígidos. Las características generales de las familias desligadas son:

- a) Sus integrantes presentan un exagerado sentido de independencia.
- b) Se nota la ausencia de sentimientos de fidelidad y pertenencia
- c) No piden ayuda cuando la necesitan.
- d) Toleran un amplio abanico de variaciones entre sus miembros.
- e) El estrés que afecta a uno de los miembros no es registrado por los demás.
- f) Hay un bajo nivel de ayuda y apoyo mutuo.

A los límites exteriores se les denominan fronteras. Las fronteras del sistema familiar se experimentan siendo interacciones gobernadas por reglas que se producen entre las personas por largos periodos de tiempo, y están determinadas a causa de la diferencia en la conducta interaccional, que los miembros manifiestan en presencia de personas ajenas a la familia. Es decir, los encuentros realizados con situaciones fuera de la familia, por ejemplo el trabajo, amigos, el ocio, etc., habrán de reorganizarse o delimitarse de alguna manera, propiciando a tomar decisiones en cuanto al modo en que interfiera con la vida familiar.

Partiendo de los aportes de Umbarger (Umbrager, 1999 p. 46), respecto a las fronteras externas que circundan a las familias, en la familia enmarañada la frontera que la circunda suele ser rígida y cerrada, tiende, además, a excluir el mundo externo y a aprisionar a sus integrantes en los subsistemas, que de manera contraria, tiene límites difusos y no promueven la autonomía de sus miembros. En comparación con la frontera que circunda a la familia desligada ésta es difusa, en tanto se cruza con facilidad y no ofrece una regulación acorde de las intrusiones de la sociedad, ni tampoco regula el ir y venir de sus miembros. Lo anterior contrasta con los límites rígidos entre sus subsistemas impidiendo tener un contacto significativo o predecible entre sí y entre sus miembros.

e) Jerarquías. Las jerarquías hacen referencia a la posición y diferencia de roles que ocupan los integrantes de la familia, también define la posición del poder y la autoridad. Esta escuela de terapia maneja que el poder y autoridad corresponde de los padres hacia los hijos, cada uno de los integrantes de la familia saben quién ejerce el poder y la autoridad. las jerarquías deben estar bien definidas, de no ser así, las interrelaciones familiares tienden a ser caóticas.

f) Alianzas. Es una afinidad positiva entre dos integrantes de una familia; “la perspectiva estructural pone de manifiesto la pauta de divisiones y alineamientos entre miembros de la familia, y así nos orienta sobre las afiliaciones.” (Umbarger, 1999 p. 47). En las familias pueden presentarse ciertas patologías de alianzas, Umbarger menciona dos tipos principales: la desviación de conflictos o designación

de chivo emisario, y las coaliciones intergeneracionales inadecuadas. A continuación hago una descripción de ellas:

- a) *La desviación de conflictos o designación de chivo emisario.* La pauta que se observa es dos padres que manifiestan de manera explícita una total ausencia de conflicto entre ellos, esto reduce la presión dentro del subsistema conyugal provocando entonces la desviación de sus conflictos; por lo tanto en su comportamiento se muestran estar unidos causando tensión en contra de un hijo o en una unidad de hijos.
- b) *Las coaliciones intergeneracionales inadecuadas.* se habla de coaliciones cuando una alianza se opone a otra parte del sistema familiar; se muestra cuando en la pauta hay una alianza encubierta o manifiesta entre uno de los padres y un hijo en contra del otro progenitor, se puede observar por medio del conflicto, de la exclusión, entre otras maneras; en este tipo de coalición puede incluirse más miembros o al resto de la familia.

g) Triángulos. De acuerdo a Minuchin al trabajar con familias psicósomáticas; y Umbarger quien se refiere a la patología de triángulos (Minuchin, 1974 y Umbarger, 1999), Los triángulos tienen la función de equilibrar la relación entre los integrantes de la familia que tienen una relación conflictiva. Este tipo de ordenamiento tiende a enfrentar a dos integrantes con un tercero. Exponen que se pueden dar tres tipos de configuraciones de tríada rígida:

- a) **Triangulación.** En esta situación se describe que cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto oculto o manifiesto con el otro. La estrecha cercanía del hijo hacia el padre preferido puede provocar sintomatología.
- b) **Triada desviadora-atacadora.** En este tipo de triada se observa que los padres toman al hijo como “chivo emisario”, es decir, el hijo puede presentar una conducta considerada “mala” por los padres y los padres se asocian para controlarlo; con frecuencia uno de los dos o los dos discreparán en la manera en

que el otro actúa.

- c) **Triada desviadora-asistidora.** Aquí los padres desvían sus conflictos definiendo al hijo “enfermo” mostrando aflicción y sobreprotección, lo cual los une. En ésta se presentan la mayoría de las perturbaciones de conducta de los niños y la tensión de la familia se expresa por medio de los trastornos psicosomáticos.

1.1.2. Teoría psicoanalítica.

En éste apartado, reviso algunas de las explicaciones que nos aporta la teoría respecto a lo intrapsíquico; en el capítulo correspondiente se analizará el área individual del paciente que presenta la enfermedad crónica, para la identificación de sus emociones. Aclaro que no pretendo hacer un recorrido de explicación extensa de la teoría, sólo abordo algunos conceptos específicos los cuales considero pertinentes en el análisis correspondiente.

Como nos dice Nancy McWilliams (McWilliams, N. 1994 P. 47):

“La estructura psicológica de cualquier ser humano, no puede ser entendida sin una apreciación de la interacción de dos dimensiones distintas: la organización de la personalidad a nivel del desarrollo y el estilo defensivo referido a dicho nivel de desarrollo. La primera dimensión conceptualiza el nivel de individuación de una persona, o grado de patología (psicótico, borderline, neurótico, “normal”); la segunda identifica el tipo de carácter (paranoide, depresivo, esquizoide, etc.)”.

Desde el estudio psicoanalítico de la personalidad del ser humano, se considera que el funcionamiento cerebral es variado, ante una situación de estrés cada individuo se desempeña diferente. Para diagnosticar las variaciones de funcionamiento lo primero que se determinó fue si había un criterio de realidad, donde aceptamos el criterio de

funcionamiento adecuado a las circunstancias; quien no tiene sentido de realidad no las acepta y no se amolda.

Cuando se habla de nivel de desarrollo, se refiere a la división (relativa) del funcionamiento *neurótico*, *psicótico* y *borderline*. Cada uno de estos niveles utiliza defensas, que serían defensas primarias, en la psicosis, secundarias en las neurosis, y ambas en el funcionamiento border, dependiendo del umbral (más cerca de la neurosis o de la psicosis) aunque también vemos defensas características de este nivel.

Dentro de la neurosis, pueden haber distintos cuadros psicopatológicos; paranoia, depresión, esquizoide, que a su vez utilizarían defensas específicas, las mismas expresadas en el comportamiento.

La familiaridad con el concepto de defensa y con la variedad de mecanismos de defensa que tienen a su disposición los seres humanos, es primordial para entender el diagnóstico psicoanalítico del carácter. Las principales categorías de diagnóstico empleadas por los terapeutas analíticos para designar los tipos de la personalidad refieren implícitamente a la operación persistente de una defensa específica, o de una constelación de defensas presentes en un individuo. Por ejemplo: Las personas esencialmente histéricas, con daños emocionales están tratando de evitar volver a experimentar lo que ellos temían sería un dolor insoportable (McWilliam, 1994. P. 145).

Las defensas. De qué nos defendemos, y cómo nos defendemos. On frecuencia vemos críticamente a alguien defensivo, sin embargo las defensas pueden tener funciones benignas y adaptativas en el transcurso de la vida. Los mecanismos de defensa son estrategias de enfrentamiento que realizamos para manejar la ansiedad y para poder resolver los conflictos entre el superyó y el ello.

Tienen la función de: 1. evitar un sentimiento poderoso o un dolor u otras experiencias desorganizadoras y 2. Mantener la autoestima.

¿Cómo elegimos la o las defensas? Por el temperamento, por la naturaleza de las situaciones estresantes vividas en la infancia temprana, las defensas modeladas por

los padres y las figuras importantes, y por las consecuencias que se experimentaron es decir los efectos de refuerzo (McWilliams, 1994 p. 146).

Nos refiere Laughlin (Laughlin, 1970) que las defensas consideradas primarias, inmaduras, primitivas o “de orden inferior”, se desarrollan en los primeros 2 años de vida; las defensas secundarias o de orden superior se desarrollan durante la etapa anal y fálica aproximadamente, de acuerdo a las etapas psicosexuales de Freud. Para poder considerarse primitivas, la defensa debe presentar dos características: 1. Falta de logro del principio de realidad. 2. Falta de distinción de la separación y continuidad entre el sí mismo y el otro. En general, las defensas que son designadas como primarias, inmaduras, primitivas o “de orden inferior” son aquellas que involucran la frontera entre el *self* y el mundo exterior. Las concebidas como secundarias, más maduras, más avanzadas, o “de orden superior” tratan las fronteras internas, tales como las que existen entre el yo o el superyo y el ello, o entre las partes del yo que observan y las que experimentan.

El Yo, superyo y el ello son las tres instancias psíquicas que tienen que ver con la composición del aparato psíquico donde están las pulsiones; en el yo hay una parte consciente y otra inconsciente, él media las cosas; en el superyo se manifiestan las reglas de la sociedad y de la cultura transmitidas por nuestros padres, quienes nos enseñan lo que está bien y mal, de la cual nos queda un cierto miedo que nos regula, ésta enseñanza la incorporamos dentro de nosotros formando nuestros valores como parte de nuestro inconsciente y lo asumimos siendo adultos, lo cual nos permite convivir en sociedad; y el ello son las pulsiones.

Se ha vuelto una convención en los textos psicoanalíticos ubicar las siguientes defensas en el rubro de las que son intrínsecamente primitivas: retraimiento, negación, control omnipotente, idealización primitiva y devaluación, identificación proyectiva e introyectiva, y la división del yo.

A continuación en este apartado sólo haré una breve descripción de los procesos defensivos, y en el capítulo de análisis individual del paciente enfermo, se abordarán las defensas que presente el paciente en el manejo de lo sucedido con su enfermedad,

mostrando el uso de diferentes defensas como una forma de manejar su ansiedad para no desestructurarse.

Procesos Defensivos primarios o primitivos

Nancy McWilliams (McWilliams 1994 p.147), nos menciona que estos procesos primitivos son las maneras como se cree que el niño percibe el mundo...“Para poderse considerar como primaria, una defensa debe manifestar dos características asociadas con la fase de desarrollo preverbal: una falta de logro del principio de realidad y una falta de aprecio por la separación y continuidad de los que se encuentran fuera del *self*”.

Estos procesos conocidos como primarios, son los que a continuación menciono:

- ✓ Retraimiento. El retraimiento hacia un estado de consciencia distinto es una respuesta automática de autoprotección que podemos ver en los seres humanos más pequeños, por ejemplo cuando un infante es sobreestimulado o angustiado, veremos con frecuencia que se dormirá. En un adulto el mismo proceso se puede observar cuando se retira de situaciones sociales o interpersonales, sustituyendo el estímulo de su mundo interno fantasioso por el estrés que implica al relacionarse con los demás. La ventaja principal del retraimiento como estrategia defensiva es que al fugarse psicológicamente de la realidad, se requiere poca distorsión de ésta.
- ✓ Negación. Se trata de un mecanismo omnipotente por medio del cual la mente niega la existencia de objetos persecutorios, que disocia y proyecta en el exterior. Es una manera temprana donde las experiencias puedan ser manejadas por el infante; es decir, no aceptando que estén sucediendo. Para que algo sea reprimido, tiene que haberse conocido de alguna manera, para después relegarse al inconsciente. La negación es un proceso inmediato no racional. “Esto no está sucediendo” es una manera más mágica de tratar con algo desagradable que: “Esto está sucediendo, y me olvidaré de ello porque es demasiado doloroso”. En los adultos la negación aparece como una respuesta inmediata ante la presencia de una catástrofe, ante la pérdida o muerte de alguien importante, como la sombra de un proceso arcaico arraigado en el

egocentrismo del niño, en el cual la experiencia es regida por la convicción pre lógica de... “Si no lo reconozco, no está sucediendo”.

- ✓ Idealización primitiva y devaluación. Mediante éste mecanismo, se aumentan los rasgos buenos y protectores del objeto visto como bueno o se le agregan cualidades que no tiene; mostrando un rezago de la necesidad de asignarle un valor y poder especial a la gente de quienes dependemos emocionalmente. La “idealización” puede indicar una convicción incondicional y reverencial de que la otra persona es perfecta, o puede referir un sentido sutil, atenuado de que alguien es especial o superior, a pesar de que se reconozcan sus limitaciones.
- ✓ Proyección. Este mecanismo está ligado con la pulsión de muerte, ante la idea de una amenaza de destrucción interna se contraresta al ser expulsada fuera de la persona; es decir lo que se encuentra adentro de la persona es percibido como algo que se encuentra afuera.
- ✓ Introyección. En este proceso, aquello ubicado afuera del individuo se entiende como de origen interno; es decir, por la introyección de los primeros objetos de amor las representaciones internas que realizamos de ellos, se vuelven una parte de nuestra identidad.
- ✓ Control omnipotente. Suponemos que para un recién nacido, el mundo y el self son percibidos como lo mismo. Por eso, el recién nacido entiende la fuente de todos los acontecimientos como interna de alguna manera; por ejemplo si el bebé siente frío, y su cuidador al darse cuenta le brinda calor, el bebé tiene alguna experiencia preverbal de haber solicitado calor mágicamente. En adultos se verá en personas donde hay la necesidad de tener una sensación de control omnipotente, y de interpretar las experiencias como el resultado de su propio poder sin restricciones.
- ✓ Identificación proyectiva. Es un proceso en el cual la persona percibe al otro según sus relaciones anteriores y ejerce una presión para que el mismo se experimente de la manera como son sus fantasías inconscientes.
- ✓ Escisión del yo. Éste consiste en que una persona divide sus experiencias entre categorías de completamente bueno y completamente malo, sin lugar alguno para la ambigüedad, es considerado primitivo porque se cree que deriva del

período anterior al desarrollo de la constancia del objeto. Su función es reducir la ansiedad y mantener la autoestima. Se cree que la percepción de la madre cuando uno siente placer es un sentido global de “madre buena”, mientras la percepción de la presencia de la misma persona cuando uno se siente frustrado es experimentada como “madre mala”. Antes de que el infante madure al grado que pueda apreciar la realidad de que en ambas situaciones es la misma persona, cuya presencia a veces se siente bien y a veces se siente mal.

Las Defensas secundarias

Son aquéllas consideradas más maduras, más avanzadas, o “de orden superior”; tratan las fronteras internas, tales como las que existen entre el yo o el superyo y el ello, o entre las partes del yo que observan y las que experimentan. Las defensas más avanzadas realizan transformaciones específicas, sea del pensamiento, del sentimiento, de la sensación, del comportamiento, o de alguna combinación de éstos. Las siguientes defensas son consideradas secundarias:

- ✓ Represión. Implica un proceso en el que se desvía algo manteniéndolo fuera de la consciencia. Se presenta cuando la persona excluye motivos generadores de ansiedad tal como ideas, conflictos, recuerdos o cosas parecidas de la conciencia sin esfuerzo intencional; la persona no puede recordar ciertos sucesos terroríficos pero existen flash backs (retorno de lo reprimido). Es problemática cuando excluye otras formas exitosas para lidiar con la realidad; es decir, cuando es la única forma de lidiar con la realidad. Cuando hay una represión excesiva causa tantos problemas como los que resuelve.
- ✓ Regresión. Es el retorno, en sentido inverso, a partir de un punto ya alcanzado hasta otro anterior. Por ejemplo suele ocurrir que el niño regrese a los hábitos de una etapa anterior de maduración cuando nace un hermano. Esta defensa no es funcional cuando la regresión es la estrategia para lidiar con los cambios de vida, y la persona utiliza con frecuencia ciertas situaciones que le obstaculizan poder enfrentar la vida, por ejemplo una enfermedad o tiene un accidente, como una reacción al estrés que genera el crecimiento y el cambio.

- ✓ Aislamiento. aquí la experiencia no se encuentra totalmente borrada de la experiencia consciente; sin embargo, se elimina el significado emocional. Por ejemplo, los cirujanos no podrían trabajar si estuvieran conmovidos por el dolor de sus pacientes. Es considerada como la más primitiva de las defensas intelectuales.
- ✓ Intelectualización. En ella, los aspectos afectivos son procesados sin su conocimiento emocional, la persona reporta no tener sentimientos mientras utiliza la intelectualización. Algunas personas sienten que han madurado cuando pueden intelectualizar en momentos de mucho estrés en lugar de dar una respuesta impulsiva.
- ✓ Racionalización. Consiste en encontrar o crear una razón para cualquier cosa que uno tenga en mente hacer. Cuanto mas inteligente y creativa sea la persona es más probable que sea muy buena para racionalizar.
- ✓ Moralización. Se encuentra cerca de la racionalización. Cuando uno moraliza busca la forma de cumplir con un deber moral. “lo hice por tu bien” “es para formar tu carácter” ejemplo: los líderes que explotan a sus seguidores. A través de la moralización uno puede inferir las operaciones del superyó, usualmente un superyó rígido y punitivo.
- ✓ Compartimentalización. Existe un desacuerdo a nivel cognitivo, el sujeto tiene dos o mas ideas, actitudes o conductas que son esencialmente conflictivas en las que se puede apreciar una contradicción. Este término aplica únicamente si las actividades o ideas son accesibles a la conciencia, cuando se le confronta, la persona racionalizará las contradicciones. Por ejemplo: gente muy humanitaria a nivel publico, que en su hogar abusan de sus hijos.
- ✓ Reparación. Implica un esfuerzo consciente para contrarrestar algún afecto, usualmente la culpa o la vergüenza, con una actitud que mágicamente borraría dicho afecto. Muchos rituales religiosos conllevan un aspecto reparador. Corresponde a la personalidad compulsiva si tiene el significado de expiar crímenes que se cometieron en el pasado y son el soporte de la autoestima.
- ✓ Vuelta hacia si mismo. En ésta defensa se direcciona algún afecto o actitud negativa de un objeto externo hacia el self. Si uno es crítico hacia una autoridad

de la que depende, y piensa que esa persona no puede tolerar la crítica, se siente a salvo dirigiendo esa crítica hacia si mismo. Se prefiere considerar que el problema es por su culpa y resiste la tentación de negar o proyectar cualidades poco placenteras. Es muy común en personalidades depresivas y en cierto tipo de caracteres masoquistas.

- ✓ Desplazamiento. Se direcciona un impulso, emoción, preocupación o conducta de su objeto inicial a otro, debido a que su dirección original provoca angustia. Ejemplo: un hombre regañado por su jefe, cuando llega a su casa regaña a su esposa, que a su vez regaña a sus hijos, quienes terminan pateando al perro. La triangulación en terapia familiar es un fenómeno de desplazamiento; en lugar de decirle al marido algún desacuerdo, se le dice al hijo que es demasiado travieso, el niño se vuelve sintomático. Cuando una persona utiliza el desplazamiento de la ansiedad hacia otra área u objeto específico que simboliza el temido fenómeno. La persona tiene una fobia, como una forma de evitar el miedo, que le impide funcionar, referente a algún tipo de problema interno. Las formas benignas de desplazamiento son convertir la energía agresiva en actividades creativas.
- ✓ Formación reactiva. Es una actitud de sentido opuesto a un deseo reprimido, que se ha constituido como reacción contra éste, siendo una conversión de un afecto negativo en uno positivo, o viceversa. Por ejemplo: transformar el odio en amor, o la envidia en atracción. Cuando el niño tiene tres o cuatro años y llega un hermanito el niño convierte su ira y agresión en sentimientos de amor. Si embargo, algo del afecto primitivo “se escapa” a través de las defensas dando la sensación de algo exagerado o falso.
- ✓ Reversión. Es una transformación pasiva en activa. Ejemplo: si uno siente que el deseo de ser cuidado por alguien más causa vergüenza o culpa, o resulta peligroso, lo puede satisfacer cuidando a otra persona. Sería una forma benigna. Cuando hubo agresión o abuso o maltrato por haberlo sufrido, la reversión se considera una identificación con el agresor.
- ✓ Identificación. Es un aspecto normal del desarrollo psicológico que se vuelve problemático solo bajo ciertas circunstancias. El primer tipo de identificación o

identificación era el deseo de parecerse a una persona que valoraba y no tenía mayor complicación.

- ✓ Acting out, se refiere a cualquier conducta que se asume como una expresión de actitudes transferenciales que el paciente aún no se siente seguro de poner en palabras.
- ✓ Sexualización. Freud consideró que la energía sexual (libido) era la base de prácticamente cualquier actividad humana. La actividad y fantasía sexual pueden ser usados de manera defensiva: para controlar la ansiedad. Las personas pueden sexualizar cualquier experiencia con la interacción inconsciente de convertir el terror o el dolor en excitación, y la excitación es un medio confiable para sentirse vivo.

Considero importante mencionar algunas características estructurales del trastorno de personalidad neurótica. cabe mencionar que no incluyo la descripción de los tipos psicótico y Borderline, pues las siguientes son las particularidades encontradas en el paciente, correspondientes al tipo de personalidad neurótica:

- Las dificultades están entre lo que desea y lo que será posible, además del temor al castigo.
- Hay un mantenimiento de la noción o juicio de realidad.
- Los mecanismos defensivos prevalentes se basan en la represión.
- Los síntomas neuróticos son patrones de conducta: ansiedad, depresión, fobias, obsesiones, compulsiones y fenómenos de conversión.

Ahora bien, ampliando la mirada a la comprensión de la organización sistémica acerca de la relación de pareja, me permito describir algunos conceptos que considero pertinentes, los cuales son aportes del modelo psicodinámico y forman parte de la Teoría de la Terapia de Pareja. Incluir esta mirada permitirá analizar el proceso que vivió la pareja desde antes, durante y posterior a la presencia de la enfermedad.

El autor Lemaire quien aborda el tema acerca de la elección de pareja (Lemaire, 2003 p.141), comenta que esta elección se da a partir de la esperanza inconsciente

para sentirse aliviado de los propios conflictos intrapsíquicos mediante el compañero que se elige. Dicha esperanza tiene un papel definitivo en la fuerte atracción recíproca que se genera en la pareja, siendo ésta la base de la estructura diádica. Por lo tanto, la fuerza de la atracción se crea a partir de la percepción inconsciente de una problemática en común que provoca formas de reacción, las cuales son complementarias y simultáneas, una sobre la otra, de los integrantes de la pareja. Es el concepto de **colusión** el que hace referencia a éste aspecto, de acuerdo a Willi citado por Lemaire (Lemaire 2003 pag. 141):

“la colusión corresponde al juego inconsciente de las actitudes de dos integrantes de pareja, cuya evolución afectiva está marcada por caracteres comunes, ligados en cada uno a una problemática individual no resuelta, problemática reprimida que escapa de la conciencia tanto del uno como del otro”.

Veamos el concepto de colusión visto directamente desde Jürg Willi (Willi 2002 p. 67):

“Colusión significa el juego conjunto no confesado, oculto recíprocamente, de dos o más compañeros a causa de un conflicto fundamental similar no superado”.

Conforme a los anteriores conceptos, la colusión incluiría que se observe en los dos integrantes, los intentos de curación individuales, usando diversos comportamientos de defensa progresivo en uno de los dos y regresivo en el otro, lo cual produce una fuerte atracción entre ambos; por lo tanto cada uno de ellos espera que el otro logre curarlo de su conflicto (Willi, 2002 p. 67). Por ejemplo un integrante de la pareja o el otro, puede tratar de establecer una determinada identidad para sí mismo, logrando al mismo tiempo una determinada identidad para el otro; considerando que esto es necesario para que el segundo lo vea de forma especial con el fin de que el primero crea que es la persona que quiere ser (Laing, 2000 p. 104).

Otros conceptos pertinentes los que propone Mony Elkaim (Elkaim, 1986) en su modelo de abordaje terapéutico para el trabajo en la terapia de pareja. Este modelo se basa en el doble vínculo recíproco. Elkaim Utiliza el término "programa oficial" para describir la demanda explícita de cada miembro de la pareja, de un cambio en el comportamiento del otro. Denomina "mapa del mundo" al esquema que cada miembro de la pareja ha trazado en el pasado y trata de usar en la situación actual; en este sentido es que se presentan dos niveles de expectativas. El conflicto de la pareja ofrece un medio para colocar la contradicción interna a distancia de uno mismo, viviendo el doble vínculo como algo impuesto desde afuera.

1.1.3. Sistema de creencias, algunos aportes narrativos y Modelo Estructural.

En este capítulo haré un breve recorrido de algunos aportes tanto del enfoque narrativo y del modelo estructural, los cuales me permitirán analizar los esquemas cognitivos del paciente con enfermedad crónica, y los esquemas familiares que mantienen su organización. También incluiré una breve descripción respecto de los roles de género y estereotipos de género, incluidos en el análisis familiar. La importancia de analizar el sistema de creencias, radica en que las creencias son la manera en que vemos el mundo, así le damos un significado y lo comprendemos.

Sin que sea la finalidad de profundizar, ni en hacer un abordaje extenso en éste apartado, cabe mencionar que existen dos enfoques diferentes dentro de la terapia narrativa. Uno es el caso de El enfoque colaborativo que incluye trabajos de Harlene Anderson, Harry Goolishian, Tom Andersen, William Lax, Lynn Hoffman, Peggy Penn y Kathy Weingarten. Y el otro modelo lo constituye la Externalización Desconstructiva (ED) los principales representantes de éste modelo narrativo son Michael White y David Epston, trabajos de Karl Tomm, Vickie Dickerson y Jeff Zimmerman.

En términos generales, ambas perspectivas utilizan enfoques de terapia "posmodernos", donde ven a los pacientes como expertos de sus propias vidas, tratan de co-construir con ellos otras posibilidades o historias más provechosas. Ambas, también utilizan la filosofía del construccionismo social, donde la realidad de las

personas se construye socialmente; consideran que las personas cuentan con diferentes descripciones o historias sobre sí mismas.

En la Externalización Desconstructiva y sus influencias a partir de Foulcault (1996), explican que al analizar la relación entre el relato y el poder a partir del “método interpretativo de Bateson (1972, 1976) hacer referencia, de la comprensión que tenemos de un hecho o de la interpretación que le atribuimos, está determinado por las premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo.

El enfoque narrativo, considera que la realidad y el sentido que nos atribuimos y que les atribuimos a otros, en las experiencias y los acontecimientos de nuestra vida, son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por los individuos en una conversación y acción con otros, y con nosotros mismos; es a partir del lenguaje como se expresan las partes de la historia que las personas construyen. Michael White (White, 2004 p. 62) refiere a la significación en el relato que las personas hacemos, menciona que la historia, no sólo determina la significación que las personas dan a su experiencia, sino que, también determinan en gran medida qué aspectos de la experiencia eligen expresar:

La estructuración de una narración exige recurrir a un proceso selectivo en el que expurgamos de nuestra experiencia aquellos hechos que no encajan en la versión dominante que desarrollamos y que nosotros y los demás tienen sobre nosotros. De manera que con el correr del tiempo buena parte de nuestro caudal de experiencia vivida queda sin historiar nunca se la cuenta ni se la expresa.

De acuerdo a White y Epston (1990), a través de nuestras interacciones con los miembros de la familia, y dentro del ámbito social, interiorizamos ideas implícitas de la cultura dominante, que prescriben ciertas formas de comportamiento, y provocan ciertos síntomas. Mediante el trabajo de la externalización, dichos síntomas desaparecerían surgiendo nuevas narraciones no relacionadas con el problema. Consideran que la externalización del problema, realizado a partir de conversaciones externalizadoras, ayudará a la persona a identificar y separarse, de las ideas y de los discursos que

consideran verdaderos y los subyugan; estas ideas generalmente se relacionan con una sensación de fracaso al no lograr ciertas expectativas, por no repetir ciertas especificaciones o cumplir determinadas normas (White y Epston, 1990):

Mediante este proceso de externalización, las personas adoptan una perspectiva reflexiva sobre sus vidas y, al desafiar las “verdades” que los definen y particularizan, a ellos y a sus relaciones con los otros, descubren opciones. Esto los ayuda a rechazar la objetivación o cosificación de si mismos y de sus cuerpos a través del conocimiento.

Ahora bien, si llevamos lo anterior ahora a una perspectiva más amplia hacia los sistemas de creencias que se comparten en las familias, se tomará en cuenta lo que Salvador Minuchin considera: “Una familia no sólo tiene estructura, sino un conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar” (Minuchin, 2006 p. 207).

Es así que de acuerdo a la visión que la familia tenga acerca del mundo es como construirá su estructura familiar, la que incluirá su percepción restringida de la realidad y el uso del síntoma para el mantenimiento de la organización familiar (Minuchin, 2006 p. 207).

De acuerdo a lo anterior, tanto las creencias determinan el modo en que las personas interpretan los hechos e influye en su comportamiento, dando coherencia a su vida, a su vez dichas creencias determinarán la manera en que la familia enfrentará los periodos en que se que presenten crisis, por ejemplo ante la presencia de una enfermedad grave.

La anterior postura también la podemos encontrar en los aportes de John Rolland (Rolland 2000 p.170):

Los sistemas de creencias sirven como mapa cognoscitivo que orienta las decisiones y la acción. Las creencias pueden rotularse como valores, la cultura, la religión, la visión del mundo o paradigma familiar.

Por lo tanto, cada persona tiene su propia visión del mundo, y aún siendo diferente a otras, es en la relación con los otros lo que le da significación a las experiencias vividas. Es dentro de la familia donde los valores se comparten, volviéndose los más significativos para mantener su unidad, y es ahí, donde se construye la historia familiar, son éstas creencias las que nos llevan a interpretar los sucesos y el comportamiento en relación al entorno.

Dentro de las visiones del mundo, está incluida la referente al concepto de género en función de los roles de género y los estereotipos de género; una breve revisión de éstos conceptos permitirá comprender su influencia en el proceso de elaboración del duelo del paciente y en su familia, abordado en los capítulos de análisis.

Las fronteras acerca del género son marcadas, y dan servicio a las funciones políticas, económicas y sociales. Con frecuencia, sus normas no sólo se han transmitido de manera explícita, también implícitamente por medio del lenguaje y otros símbolos. Muchos de los estudios, que se han realizado acerca de los estereotipos de género, han sido enriquecidos por las técnicas utilizadas por los historiadores sociales y, acompañadas por las preguntas que se han hecho las académicas feministas. Estudios de diversas disciplinas, han aportado interesantes puntos de vista, respecto a cómo se han moldeado las experiencias de las mujeres con las de los hombres, y cómo se han establecido jerarquías sexuales y distribuciones desiguales del poder (Lamas 2000 p. 24). Es la antropología quien se ha interesado en cómo la cultura expresa, especialmente en la forma como cada cultura manifiesta las diferencias entre los varones y las mujeres.

Actualmente se plantea que las diferencias significativas entre los sexos son las diferencias de género; de acuerdo a Lamas (Lamas 2000 p. 12), quien perfila al *género*:

Como resultado de la producción de normas culturales sobre el comportamiento de los hombres y las mujeres, mediado por la compleja interacción de un amplio espectro de instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas.

Los *roles de género*, aluden al conjunto de normas sociales y comportamentales generalmente percibidas, como apropiadas para los hombres y las mujeres en un grupo o sistema social dado, en función de la construcción social que se tiene de la masculinidad y feminidad. A su vez Gayle Rubin (Lamas *et al* 2000 p. 57) hace referencia, que aún cuando todas y cada una de las sociedades cuentan con algún tipo de división de las tareas realizadas por cada sexo, la asignación de ellas varía enormemente hacia un sexo u otro. En cuanto a *la división del trabajo por sexos*, Lamas (Lamas 2000 p. 58), menciona:

La división del trabajo por sexos puede ser vista como un tabú contra la igualdad de hombres y mujeres, que divide los sexos en dos categorías mutuamente excluyentes, que exacerba las diferencias biológicas y así *crea el género*.

Comprendo, que las creencias conforman los cimientos en los que construimos nuestras vidas, y nos relacionamos con las demás personas; por lo que desempeñan un papel fundamental, en la conformación de la capacidad de respuesta y adaptación, tanto de la persona con diagnóstico de afección crónica como toda la familia. Es así, que éste sistema de creencias dificultará o permitirá que la familia pueda crear o no, un significado con el que se sientan competentes y capaces de controlar la situación, respecto al problema de salud que enfrentan, será en el capítulo correspondiente donde se analizará a partir de los anteriores conceptos revisados.

1.2. Enfermedad crónica y Evento Vascular Cerebral

Para poder comprender y describir los efectos que provocan la presencia de afecciones crónicas en la familia es importante partir de la comprensión del modelo sistémico de la enfermedad propuesto por John Rolland; este modelo pone el acento en los procesos interactivos que tienen lugar entre las demandas psicosociales impuestas por las diferentes enfermedades durante su evolución y los componentes claves del funcionamiento familiar.

John Rolland (Rolland 2000 P. 48) propone una Tipología Psicosocial De La Enfermedad; Incluir ésta tipología me permitirá una comprensión mas clara para el análisis de la relación entre la dinámica individual de la persona enferma, de la familia y la enfermedad crónica. Esta tipología conceptualiza las enfermedades crónicas a partir del comienzo de la enfermedad, el curso a lo largo de la vivencia, su desenlace y los grados de incapacidad.

TIPOLOGÍA PSICOSOCIAL DE LA ENFERMEDAD

El patrón de enfermedad puede ser:

a) De inicio agudo:

- ❖ Se refiere a los tipos de presentación sintomática que puede ser percibida subjetivamente por el paciente y objetivamente por otras personas.
- ❖ El problema del ajuste entre el estilo familiar, y las demandas iniciales de la enfermedad, hace necesaria una breve intervención temprana, para apoyar a los miembros de la familia en esta fase vulnerable, y para ayudarles a evitar una disfunción prolongada.
- ❖ En las enfermedades de comienzo agudo existe una tensión inmediata en la familia, relativamente más intensa, al tratar de evitar una pérdida mayor o la muerte, y dar respuesta a un nuevo problema.

b) Gradual:

- ❖ Para el individuo o a la familia, una afección de comienzo gradual presenta un tipo de factor estresante diferente del de una crisis súbita. Se trata de afecciones en las que día con día aparecen signos y síntomas

c) Tener un curso progresivo

- ❖ Una enfermedad *progresiva* es continua o generalmente sintomática, y se agrava con el tiempo. Por ejemplo el cáncer incurable, enfermedad de Alzheimer, SIDA, diabetes tipo 1, Artritis reumatoide y EPOC.

- ❖ La discapacidad en estos casos se presenta de forma progresiva y escalonada y los periodos de descanso tienden a ser mínimos. Las familias se tienen que preparar para la adaptación y cambio de roles permanentes.
- ❖ En cada etapa de una enfermedad progresiva, por ejemplo el Alzheimer, la familia debe organizarse para manejar un nivel de discapacidad y cierto grado de incertidumbre. La tensión en los miembros sanos de la familia que atienden al enfermo usualmente aumentan, tanto por el riesgo del agotamiento como por el agregado de tareas de cuidado al enfermo a medida que la enfermedad avanza. La flexibilidad familiar, en la reorganización así como de la disposición de roles para recurrir a ayuda externa, es de vital importancia.
- ❖ Con las enfermedades progresivas, los médicos habrían de considerar que en la familia puede presentarse entre otras cosas, a situaciones como resistencia física, emocional o financiera. En éste punto, se puede necesitar una reestructuración radical, para hacer frente a los cambios necesarios.
- ❖ Las familias deben hacer cambios de segundo orden, más que de primer orden. En este sentido el cambio de segundo orden tiene que ver con alterar aspectos del mundo y de reglas básicas.

d) Puede ser constante o episódico

- ❖ Entre las enfermedades de progreso rápido y las de progreso lento, las demandas impuestas a una familia con una enfermedad de progreso rápido, como el CA de pulmón metastásico o leucemia aguda, son diferentes de aquellas enfermedades de progreso lento como la artritis reumatoide, enfisema, EPOC. El ritmo de adaptación necesario para dar respuesta a cambios continuos y demandas nuevas de una enfermedad de progreso rápido se acelera a medida que se acortan los tiempos.
- ❖ En una enfermedad de progreso rápido, como un tumor cerebral de rápido crecimiento, la acumulación de demandas fácilmente sobrepasa la capacidad de adaptación de la familia.

- ❖ Una enfermedad de curso constante, se caracteriza por un acontecimiento inicial y la posterior estabilización de la condición biológica. En general, después de un periodo inicial de recuperación, la fase crónica se caracteriza por algún déficit bien definido, como paraplejía, etc., o puede haber limitaciones funcionales residuales como menor tolerancia al estrés físico o una restricción de las actividades anteriores a la enfermedad.
- ❖ Las enfermedades de curso recurrente o episódico, incluyen las afecciones de la columna vertebral, síndrome de colon irritable, úlcera péptica, migrañas, esclerosis múltiple, formas de cáncer en remisión. El rasgo distintivo de éste tipo de curso es la alternancia de periodos de estabilidad de duración variable, caracterizadas por un bajo nivel o una ausencia de síntomas, con periodos de crisis o agravamiento. Con frecuencia la familia puede llevar una rutina normal, aunque tengan el fantasma de la recidiva.

Las enfermedades recurrentes exigen un tipo de adaptabilidad diferente entre la familia y el paciente. Suelen requerir de mínimo de atención continua o cambio de roles. Pero la índole episódica de la enfermedad requiere una flexibilidad que permita un desplazamiento pendular entre dos formas de organización familiar: una para los periodos de crisis y otras para los periodos de remisión.

Tanto la frecuencia de las transiciones entre etapas críticas y no críticas como la incertidumbre constante acerca de cuándo se producirá la próxima crisis producen tensión en la familia.

El Pronóstico puede ser:

- a) Fatal a corto plazo
- b) Fatal a largo plazo
- c) Provocar incapacidad
- d) Secuelas

e) Muerte

f) Regresar a la curación

- ❖ Potencialmente, toda enfermedad crónica entraña la pérdida del control corporal, compromete aspectos clave de nuestra identidad y las relaciones íntimas.
- ❖ En las enfermedades con riesgo de vida, la pérdida de control acarrea consecuencias mayores: la muerte y la pérdida permanente de relaciones.
- ❖ Existe el riesgo de vivir un duelo anticipado y separación que impregna todas las fases de la adaptación.

INCAPACITACIÓN

La discapacidad puede ser el resultado de un deterioro del funcionamiento mental cognoscitivo (Enfermedad De Alzheimer), de la percepción (discapacidad visual), del movimiento tal como en el EVC con parálisis o con esclerosis múltiple, de una disminución de la producción de energía o de la deformidad u otras causas de estigma social. Los tipos de incapacitación implican diferencias en los ajustes específicos que requerirán los familiares. El efecto neto de la incapacitación en determinado individuo o familia depende de la interrelación entre el tipo de discapacidad y el rol que desempeñaba el familiar antes de verse afectado por la enfermedad, en la estructura de la familia, su flexibilidad y sus recursos emocionales y económicos.

En el siguiente esquema se ejemplifica la tipología psicosocial de la enfermedad:

TIPOLOGÍA PSICOSOCIAL Y ETAPAS DE LA ENFERMEDAD

COMIENZO	AGUDO	GRADUAL		
CURSO	CONSTANTE	RECURRENTE		
DESENLACE	NO MORTAL	EXPECTATIVA DE VIDA REDUCIDA	MORTAL	
INCAPACITACIÓN	NINGUNA	LEVE	MODERADA	GRAVE

Al combinar los tipos de comienzo (agudo o gradual), curso (progresivo, constante o recurrente/episódico), desenlace (fatal, acortamiento de la expectativa de vida o no fatal) e incapacitante (presente o ausente), crea Rolland (Rolland, 2003) una tipología con 32 tipos potenciales de enfermedad. Tal como lo encontramos en su libro:

CATEGORIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS POR TIPOLOGÍA PSICOSOCIAL (1984)					
		INCAPACITANTES		NO INCAPACITANTES	
PROGRESIVA		AGUDA	GRADUAL	AGUDA	GRADUAL
RECURRENTE	FATAL		-Cáncer de pulmón con metástasis a SNC -Insuficiencia médula -Esclerosis lateral amiotrófica	-Leucemia aguda -Cáncer de Páncreas -Cáncer de mama metastásico -Cáncer de pulmón -Cáncer de hígado -Melanoma Maligno	-Fibrosis quística
RECURRENTE				Tipos de cáncer incurables en remisión	
PROGRESIVO	Propiamente FATAL		-Enfisema -Enfermedad de Alzheimer -Demencia por micro infartos cerebrales -Esclerosis múltiple terminal -Alcoholismo crónico -Corea de Huntington -Esclerodermia		-Diabetes juvenil -Hipertensión maligna -Diabetes insulino dependiente de inicio en la edad adulta
RECURRENTE	-Esperanza de vida reducida	-Angina de pecho	-Esclerosis múltiple precoz -Alcoholismo temprano	-Talasemia -Hemofilia	-Lopus Eritematoso Sistémico (LES)
CONSTANTE		-Accidente cerebrovascular -Infarto al miocardio moderado/Grave	-Fenilcetonuria y otros errores congénitos del metabolismo	-Infarto del miocardio pequeño -Arritmia cardiaca	-Insuficiencia renal en tratamiento con hemodiálisis -Enfermedad de Hodgkin
PROGRESIVA			-Enfermedad de Parkinson -Osteoartritis -Artritis reumatoide		-Diabetes no insulino dependiente de inicio en la edad adulta
RECURRENTE		-Discopatía lumbosacra		-Litiasis renal -Gota -Migraña -Alergia estacional -Asma -Epilepsia	-Úlcera péptica -Colitis ulcerosa -Bronquitis crónica -Síndrome de colon irritable -Psoriasis
CONSTANTE	NO FATAL	-Malformaciones congénitas -Lesión medular -Amaurosis aguda -Lesiones auditivas agudas -Quemaduras graves -Politraumatismo -Síndrome posthipoxia	-Retraso mental no progresivo -Parálisis cerebral	-Arritmia benigna -Enfermedad cardiaca congénita	-Síndrome de malabsorción -Hipotiroidismo -Hipertiroidismo -Anemia perniciosa -Hipertensión controlada -Glaucoma controlado

En las familias donde se presenta una enfermedad crónica, tal como un Evento Vascular Cerebral que tiene una presentación clínica aguda en la vida del enfermo (aunque pudieron haberse presentado antes largos periodos de cambio biológico que fueron llevando finalmente a la presencia del EVC), los cambios emocionales y prácticos se condensan en un breve lapso de tiempo; a la vez, exigen a la familia una movilización mas rápida de su capacidad para manejar las crisis. Las familias capaces de tolerar y manejar periodos con altas cargas afectivas, aptas para intercambiar de manera flexible los roles previamente definidos, y que simultáneamente puedan utilizar los recursos externos a ellos tienen una gran ventaja para enfrentar enfermedades de comienzo agudo.

Una enfermedad de **curso constante**, caracterizado por un acontecimiento inicial y la posterior estabilización de la condición biológica (Rolland 2000), enfocándonos específicamente en el Evento vascular cerebral, en esta enfermedad en general, después de un periodo inicial de recuperación, la fase crónica se caracteriza por una discapacidad bien definida, tales como dificultades en el habla y deterioro cognoscitivo, dificultad motriz en algunas partes del cuerpo con muchas restricciones para realizar actividades que antes se realizaban, entre otras afecciones dependiendo de cada caso. Es posible que se presenten recaídas, sin embargo, tanto el enfermo como la familia se enfrentan a periodos semipermanentes un tanto estables y previsibles durante periodos de tiempo considerables.

La patología vascular cerebral aguda, puede dividirse, en función de la naturaleza de la lesión, en dos entidades nosológicas distintas: isquémica y hemorrágica.

- El EVC isquémico se produce por la presencia de un coagulo que obstruye una arteria e impide que la sangre llegue a una determinada zona del cerebro, es decir, el cerebro no recibe un buen flujo sanguíneo, por lo que no le llega oxígeno.

- El EVC hemorrágico se produce por la ruptura de una arteria. Esto por una dilatación localizada de un vaso sanguíneo que provoca una hemorragia que afecta al cerebro o a sus envolturas.

FASES TEMPORALES DE LA ENFERMEDAD

Cada fase de una enfermedad crónica tiene sus demandas psicosociales y tareas de desarrollo específicas, que exigen a la familia fortalezas, actitudes o cambios muy diferentes, las veremos a continuación:

- *Fase de crisis*: es la fase que se presenta ante el diagnóstico de la enfermedad crónica y el periodo inicial de adaptación a la enfermedad.
- *Fase crónica*: corresponde a gran parte de la evolución de la enfermedad crónica, “la larga travesía”.
- *Fase terminal*: ésta fase inicia desde el periodo preterminal de la enfermedad crónica, incluye la muerte de la persona enferma, y se extiende a la elaboración del duelo.

1.2.1. Duelo y Resiliencia Familiar

Sabemos que el dolor del duelo es una reacción emocional normal ante una pérdida significativa, no sólo ante el fallecimiento de un ser querido como comúnmente se relaciona, éste también se presenta ante toda pérdida importante para la persona que lo vive. De acuerdo a Althaus (Althaus, 2010) existen distintos tipos de pérdidas:

- Muerte
- Separación, abandono, divorcio, mudanzas, migraciones.
- Varios: personas, animales, objetos, partes del cuerpo, incluyendo a la salud, del self, vínculos, trabajo.

La pérdida ocasiona sufrimiento a quien la padece; mediante el duelo la persona comienza a aceptarla, y a comprender que su vida continúa ahora sin lo que ha perdido.

Tal como sugiere Worden (Worden, 1997 p. 23), para entender el impacto de una pérdida y lo que conlleva en el comportamiento humano, es necesario comprender el significado del apego, y para ello veremos de forma breve algunos aspectos acerca de

este tema. Existe en la psicología y la psiquiatría, suficiente bibliografía referente a qué es y cómo se desarrolla el apego; por ahora me enfocaré básicamente en la Teoría del Apego del psiquiatra británico John Bowlby.

La teoría del apego, nos ofrece la posibilidad de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a establecer fuertes lazos emocionales con otras personas, y de entender las fuertes reacciones emocionales generadas cuando dichos lazos se ven amenazados o se rompen. Para lo anterior explica ciertas pautas de conducta características no sólo de los bebés y niños, sino que prosiguen a lo largo de la vida adulta hasta la vejez.

De acuerdo a John Bowlby (Bowlby, 2001, pag. 40):

La conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo.

El hecho de saber que la figura de apego es sensible y que se encuentre accesible ante la solicitud de ayuda, le proporciona a la persona un fuerte sentimiento de seguridad y la motiva para continuar con la relación. Asimismo, Bowlby sostiene que estos apegos se desarrollan a una edad temprana, y provienen de nuestra necesidad de protección y seguridad, están dirigidos a pocas personas específicas y tienden a durar gran parte del ciclo vital. La meta de la conducta del apego es mantener un lazo afectivo, las situaciones que ponen en peligro el lazo cuando esa figura no esta accesible, es decir, cuando se presenta una amenaza de abandono o una pérdida, no sólo crea una intensa ansiedad de la separación sino también suscitan ciertas reacciones específicas: aparece una sensación de carencia e ira para disuadir a la figura de apego y evitar la amenaza; en un grado intenso ocasiona dolor, provoca padecimiento emocional, y en ocasiones, algunos trastornos de la personalidad.

La teoría también nos plantea la relación que existe entre el papel de los padres y el modo en el que los niños se desarrollan, es decir la pauta de apego adoptada por un individuo durante sus primeros años de la infancia, la niñez y la adolescencia, está

influenciada por el modo en lo tratan sus padres u otras personas a cargo de las labores de paternidad. (Bowlby, 2001 p. 145).

Para comprender mejor lo mencionado anteriormente, veamos a continuación las pautas principales de apego planteados por Bowlby (Bowlby, 2001):

- Apego seguro: En este tipo de apego los padres o las figuras parentales y el bebé se encuentran en sintonía en la captación de las necesidades y la satisfacción de ellas; así, el bebé confía en que sus padres estarán accesibles, serán sensibles y colaborarán si se encuentra ante una situación adversa o amenazante. Eso le permite explorar con facilidad el mundo.
- Apego ansioso/ambivalente. Es factible que, si la madre tiene características ansiosas, el hijo se amolde al apego de este tipo. Esta situación hace al niño más propenso a la ansiedad de separación, por lo tanto no genera expectativas de confianza, y suele repetirse en sus posteriores estilos de relación. En una persona adulta se puede observar que demanda constante atención, no tiene confianza en la estabilidad de la pareja, y responden a la separación con angustia intensa. El tipo ambivalente se da cuando el cuidador sólo está física y emocionalmente en contadas ocasiones, esta situación le produce al hijo una respuesta evasiva, según la calidad de los vínculos sustitutos ofrecidos en su ausencia o bien, pueden desarrollar una hiperacomodación, es decir volverse excesivamente complacientes, en la constante búsqueda de ser mirados.
- Apego desorganizado-desorientado: Este tipo de apego suele presentarse cuando la madre está pasando por una situación crítica, tiene respuestas desproporcionadas e inadecuadas y entra en procesos de disociación; por ejemplo, podría ser durante un proceso de duelo. La respuesta del niño se asocia con respuestas emocionales e intelectuales, comprometidas con dificultades de atención y aprendizaje, además de la presencia de ansiedad.

El niño nace con tendencia a buscar la cercanía con otra persona, teniendo la capacidad de producir respuestas en los padres, al realizar ciertos comportamientos por

ejemplo la succión, las sonrisas, el balbuceo, no son otra cosa que estrategias de vinculación. Los niños criados con apegos inseguros buscan a lo largo de su vida otras formas de cubrir las necesidades dando lugar a trastornos mentales y sociales.

John Bowlby (Bowlby 2001) entabla una relación del papel del apego con el desarrollo de la personalidad, siendo la personalidad el resultado de la negociación entre las cualidades temperamentales o innatas del niño, por ejemplo, la sensibilidad, la sociabilidad, sus cambios de humor, etc., y las experiencias que el niño en desarrollo afronta tanto en el seno de su familia como con sus compañeros; la siguiente es la comparativa:

Tipo de apego	personalidades
Apego seguro	Personas sanas
Apego inseguro	Personalidades histéricas
Ansioso, ambivalente	Personalidades narcisistas
Apego inseguro	Personalidades obsesivas compulsivas
Evitativo	Personalidades paranoides, falso self psicopatía
Apego desorganizado desorganizado	Personalidades borderline Personalidades psicóticas

Por lo tanto refiere Bowlby (Bowlby, 2001), que si la ansiedad de la separación es una reacción habitual ante una amenaza o algún otro tipo de pérdida, el duelo lo es ante la pérdida una vez que ésta se presenta. En el caso de los adultos, se observó que el duelo dura mucho más de seis meses, presentaban reacciones tales como la ira a terceros, a sí mismo y, en ocasiones a la persona perdida, incredulidad ante la pérdida y una tendencia, en ocasiones inconsciente, a buscar a esa persona. Hay un trastorno en el polo externo, donde queda cercenada una parte de la identidad cuando falta ese otro con el que se estaba ligado; debido a que esa otra parte también ejercía funciones de la propia identidad, al no estar falta ese vínculo nutricional necesario. No es sólo lo visible, también pasa algo en su visión interna, como en el caso de un hijo, al perder al padre se percibe como huérfano; una mujer sin esposo se mira siendo viuda.

Podemos ver ahora que debido a las pautas de apego llevadas a cabo con las figuras parentales en la infancia, y posteriormente con las personas con las que se entabla una relación estrecha, la vivencia de la pérdida conlleva un fuerte dolor y sufrimiento emocional, por eso la elaboración del duelo se vuelve un proceso necesario.

Este proceso de elaboración del duelo incluye 4 fases que propone John Bowlby (Bowlby, 2001 p.108), las cuales describo brevemente a continuación:

- a) Fase de embotamiento de la sensibilidad. Su tiempo de duración es de unas horas hasta una semana y puede verse interrumpida por episodios de aflicción y cólera. En esta fase la persona se siente aturdida y le es difícil aceptar la realidad de la pérdida.
- b) Fase de anhelo y búsqueda de lo perdido. Aparece un anhelo intenso, llanto, inquietud, insomnio y cólera dirigida hacia quienes considera responsables de la pérdida, y como protesta por no poder recuperar lo amado. Este fuerte deseo de recuperación puede llevar a no aceptar la pérdida, predominando entonces la rabia dirigida a quienes tratan de consolarle. “la búsqueda inquieta, la esperanza intermitente, el desengaño repetido, el llanto, la rabia, las acusaciones y la ingratitud son rasgos de la segunda fase del duelo y deben ser entendidos como expresiones de la imperiosa necesidad de encontrar y recuperar a la persona perdida”.
- c) Fase de desorganización y desesperanza. Durante esta fase es frecuente que se presenten momentos de desesperanza y periodos de depresión.
- d) Fase de reorganización. La aceptación de la pérdida conlleva una redefinición de sí mismo: huérfano, viudo, divorciado, etc. y de su situación, desempeñar roles nuevos y adquirir nuevas habilidades.

El tipo de pérdida (muerte, separación, amputación, de objetivos de la vida, etc.), y el contexto amplio en el que produce, va a determinar en gran medida que el proceso de duelo sea adecuado o no. Durante el proceso de elaboración del duelo, que puede durar entre uno y dos años cuando el proceso es adecuado, es frecuente que persista

la sensación de que la persona perdida está presente, ya sea como una compañía constante o en algún lugar específico (Bowlby, 2001 p. 109).

Desde la perspectiva de que el duelo es una adaptación a la pérdida, Worden (Worden, 1997 p. 64) propone cuatro tareas básicas para la elaboración del duelo:

1. Aceptar la realidad de la pérdida.
2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.
3. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.
4. Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

Cabe mencionar que estas tareas no tienen un orden específico y que se refieren básicamente a una elaboración personal y en casos de muerte.

Con lo anterior vemos la gran repercusión de las pérdidas en el individuo; en el contexto familiar, el proceso de la pérdida involucra a todos sus integrantes, de este modo genera un impacto en los diversos contextos en los que interactúan. Si nos preguntamos qué hace a las familias recuperarse o no de una pérdida, veremos a continuación que al compartir la vivencia, el enfrentamiento y la recuperación dependerá, entre otros factores, de la resiliencia tanto individual como a nivel familiar.

LA RESILIENCIA FAMILIAR

Resilíre es el verbo latino para denominar el rebotar o saltar de nuevo. En la física resiliencia es la capacidad de un material para recobrar su forma, después de haber estado sometido a altas presiones. A mediados del siglo XX, la psicología comenzó a utilizar el término para referirse a las pautas que permiten a las personas, sobreponerse ante situaciones adversas y sacar provecho de ellas.

Menciona Walsh (Walsh, 2004 p. 26) que el término resiliencia se reconoce como la capacidad de la persona para recobrase, estar fortalecida y tener mayores recursos después de una adversidad. Esto conlleva un proceso activo donde se presenta la resistencia, autocorrección y crecimiento personal como respuesta a los desafíos y crisis presentes en la vida.

El interés de Froma Walsh (Walsh, 2004 pág. 25), acerca de la resiliencia familiar inició a partir de sus estudios con familias con adultos jóvenes normales e internados en hospitales neuropsiquiátricos; utiliza el término resiliencia en cuanto a las situaciones familiares:

Un enfoque de la resiliencia familiar procura identificar y destacar ciertos procesos interaccionales esenciales que permiten a las familias soportar y salir airoso de los desafíos vitales disociadores.

Esta mirada de la resiliencia puesta en la familia modifica la perspectiva respecto a ella: “las familias en dificultad dejan de ser vistas como entidades dañadas y se comienza a verlas como entidades que están ante un desafío capaz de reafirmar sus potencialidades de reparación y crecimiento”.

Me parece muy importante incluir este enfoque dado que se funda en la idea de unión de la fortaleza individual y familiar, para obtener un esfuerzo colaborativo orientado a enfrentar situaciones de crisis repentinas o adversidades en periodos prolongados. Por lo tanto se enfoca en dirigir la mirada ante los mejores aspectos de las familias para fomentar el desarrollo individual y el familiar.

En cuanto a una visión sistémica de la resiliencia, Walsh (Walsh, 2004 pág. 26) refiere que estudios realizados en personas resilientes, señalaron que la mayor influencia positiva encontrada en ellos, es que han tenido una estrecha relación afectiva con un sólo adulto significativo con el cual se identifican, quien los puede defender y los atiende, tal como también lo plantea John Bowlby en su teoría.

Al ampliar la mirada más allá del vínculo diádico, y de los primeros años de vida, se considera ahora, que la resiliencia se teje en una red de relaciones y experiencias a lo largo del ciclo vital y de las generaciones. Asimismo, Walsh propone que para comprender la resiliencia se necesita una perspectiva acerca del desarrollo individual y del familiar donde se incluya el ciclo vital.

A la resiliencia familiar le designa los procesos de superación y de adaptación dados dentro de la familia *como unidad funcional*. Desde la perspectiva sistémica se comprenden los procesos mediante los cuales la familia modera el estrés y posibilita a las familias a enfrentar situaciones dolorosas por periodos prolongados y abandonar las situaciones de crisis. Este enfoque (Walsh, 2004. Pág 42-43), acerca de la resiliencia familiar permite abandonar los daños que provoca a una familia para examinar cómo se enfrenta a la adversidad, al ingresar en el mundo de la enfermedad y la discapacidad; con frecuencia necesitan desesperadamente una guía que les proporcione apoyo y la confirmación de estar manejando la enfermedad con normalidad.

Este enfoque procura comprender de qué manera son capaces las familias, aún las más diversas, de sobrevivir y regenerarse pese a soportar un estrés abrumador. Reafirma las potencialidades de la familia para la autorreparación y el crecimiento a partir de la crisis y los desafíos.

Esto plantea una pregunta fundamental: ¿qué respuesta y qué adaptación son normativas para una familia que convive con una afección crónica? En el presente caso se explicitará la resiliencia familiar, de la familia del paciente.

1.2.2. Modelo Biopsicosocial de Rolland

El modelo biopsicosocial de John S. Rolland, catedrático de la Universidad de Chicago, plantea las características que presentan las familias desde el enfoque sistémico que él mismo ha adoptado, así describiré sus aportes en el presente apartado.

Comenta John Rolland (Rolland 2000 p. 22), respecto a las familias que tienen un integrante quien desarrolla una enfermedad grave, mortal o discapacitante: suelen presentar dificultades no sólo con el miembro afectado, sino dentro de todo el sistema. Las alteraciones empiezan a hacerse presentes desde la primera consideración, en la cual el paciente requiere más cuidados y atención que ningún otro miembro, convirtiéndose en el foco de atención para la familia. Dichas alteraciones se generan

debido a la dificultad para diferenciarse unos de otros. La tarea primordial para Bowen (Bowen, 1979), es la diferenciación del sí mismo familiar, y con esto se abre la posibilidad de alcanzar la autonomía dentro de las relaciones. Aunque, como señala John Rolland (Rolland, 2000), los trastornos del apego que pueden presentarse no necesariamente constituyen un problema, ya que en ocasiones puede ser adaptativo.

En estas familias, con un miembro con discapacidad, se han encontrado coincidencias con familias psicósomáticas: apego excesivo, rigidez, conflictos no resueltos, sobreprotección e inclusión del niño como tercero en un triángulo.

Algunas otras características observadas en estas familias son: hay relaciones de pareja deterioradas debido a los múltiples roles que deben desempeñar (de cuidador, enfermero, padre y madre); complicaciones en las relaciones entre sí cuando deben pasar por las etapas normativas del ciclo vital de su familia; culpa en quienes tienen el deseo de librarse de la carga, y dificultad para mantener la integridad de la familia.

Según Rolland (Rolland, 2000 p. 96-97), el efecto de la discapacidad en las familias dependerá de varios factores: los roles de sus integrantes y la flexibilidad para modificarlos; la estructura y los recursos emocionales y económicos; la capacidad para resolver problemas eficazmente; el nivel de apego y de la comunicación.

La evaluación del funcionamiento familiar se realizará en función de:

- a) Las pautas estructurales/organizativas de la familia;
- b) Los procesos de comunicación.
- c) Las pautas multigeneracionales y ciclo de la vida familiar.
- d) Los sistemas de creencias de la familia.

La familia con un miembro con discapacidad, tiene entonces una serie de tareas que cumplir (Rolland, 2000):

- 1) Realizar el duelo por la pérdida de la identidad que poseía antes del comienzo de la enfermedad.
- 2) Desplazarse hacia una posición de aceptación del cambio permanente, manteniendo, al mismo tiempo, un sentido de continuidad entre su pasado y su futuro.
- 3) Compartir el esfuerzo para soportar la crisis de reorganización a corto plazo.
- 4) Frente a la incertidumbre, los miembros de la familia deben desarrollar una flexibilidad especial en el sistema con respecto a las metas para el futuro.

La familia en estas condiciones suele agotarse y presentar síntomas, sin importar lo bien que funcionaban antes de la discapacidad. Algunos factores que cansan y presionan a la familia son la cronicidad de la discapacidad y abandonar la esperanza de la recuperación. Estas problemáticas se agudizan especialmente en algunos casos, tales como el retraso mental o la parálisis cerebral (Rolland, 2000).

Por otra parte, los demás miembros de la familia pueden pasar por situaciones difíciles. Los hermanos pueden sufrir negligencia o desatención; resentimiento por no recibir tanta atención como el hermano enfermo; a veces presentar culpa por desear la enfermedad del hermano o hermana; suelen aparecer temores acerca de la muerte del hermano afectado y/o la preocupación por la vulnerabilidad de cualquier miembro de la familia (Rolland, 2000).

Por su parte, las mujeres de la familia deben cumplir con el rol que socialmente se les pide: el de cuidadora, y con esto viene la sobrecarga a menos que compartan la responsabilidad con el hombre (Rolland, 2000).

Ante este panorama, es importante comprender la visión que tienen estas familias, ante la presencia de una enfermedad crónica Evento Vascular Cerebral, lo cual presenta una oportunidad para su entendimiento y el desarrollo de nuevas alternativas de tratamiento. John Rolland proporciona una teoría integrada útil como guía a la reflexión hacia enfoques holísticos y ecosistémicos en medicina, que unen conceptualmente la mente y el cuerpo, y considera a las personas dentro de sus

contextos sociales específicos. Este proceso está generando cambios profundos de atención primaria y de la familia.

¿Qué necesitamos saber sobre una familia respecto a la salud? Cuando usamos el término familia debemos hacerlo con una dosis de cautela. El reconocimiento espontáneo del concepto y su profunda relación con nuestra pertenencia al género humano son realmente importantes; sin embargo, no podemos suponer que las definiciones del sentido común bastan para entender de qué manera interactúan la familia y la enfermedad.

Cuando decimos “familia”, ¿nos referimos a la familia actual o a la familia histórica, multigeneracional, en la que el paciente se crió? ¿”Familia” significa el grupo doméstico, la familia legal, la biológica, la familia fusionada o la red extensa de parentesco? ¿Qué papel desempeña la cultura? ¿Cómo incluiremos en la evaluación las características personales de los actores individuales, su estado de salud y el momento del ciclo vital en que se encuentran?

Coincido con Rolland en cuanto a la importancia de estar consciente acerca de cuánto se ha descuidado la dimensión temporal en el análisis del significado de las enfermedades. Me parece que, es de suma importancia el establecimiento de un vínculo entre el momento de la aparición de una enfermedad y la fase evolutiva en la que se encuentra la familia.

La idea central de “ajuste”, procura que las exigencias psicológicas y de roles (el enfermo, quien lo atiende) concuerden con las estructuras personales y sociales de la familia. Una enfermedad no siempre tiene un resultado adverso: quizá la familia se fortalezca a causa de la enfermedad y sus demandas.

Concierne a las enfermedades, Rolland (Roland 2000) es especialmente consciente de que, en contadas ocasiones, nos enfrentamos a situaciones estáticas, asimismo el significado de una enfermedad cambia de forma constante a medida que se expone a la interacción con otros factores surgidos en su evolución.

Como terapeuta es importante tener claro el problema, para luego identificar el sistema definido por el problema, pertinente a la situación. Con respecto a la familia, debemos tener la capacidad de delimitar la “familia que funcionará como agente de salud”, es decir, el sistema que, espontáneamente o no, se hará cargo del cuidado del paciente, tendrá influencia en los resultados del tratamiento y se verá afectado por ellos.

El enfoque integrador expuesto por Rolland, es de suma importancia en tanto que ayuda en la aplicación del paradigma ecosistémico al trabajo clínico. En realidad, el paradigma define el área: preguntamos cuál es el contexto ecológico de la pauta llamada enfermedad y rápidamente advertimos que la familia y el sistema de atención a la salud lo definen con más proximidad. Al usar el término definir, me refiero a la importancia del lenguaje y asumo que entendemos la enfermedad dentro de un contexto y como una construcción social. Esta última se trata de un proceso complejo con múltiples sistemas y significados en interacción.

Constantemente se teje una compleja trama de significados, redefinida en el proceso; así pues la familia es fundamental en el establecimiento de estas estructuras de significado, así como el sistema de atención a la salud.

Psicosocial Familiar

Para John Rolland las tensiones psicosociales a las que está sometida una familia cuando uno de sus miembros sufre una afección crónica o con riesgo de muerte, pueden igualar las tensiones físicas del paciente. Como punto de partida, debemos considerar a la familia o sistema prestador de cuidados, y no a la persona enferma, como unidad central de atención (Litman, 1974; Ransom, 1983). Cuando nos encontramos en presencia de afecciones crónicas o con riesgo de muerte, se necesita un modelo biopsicosocial, definido desde una perspectiva sistémica, que aborde las necesidades psicosociales de todos los miembros de la familia y amigos íntimos. El uso de una definición amplia de familia como base del sistema de atención nos permite describir un modelo para salir adelante y adaptarse a la situación con éxito, basado en los puntos fuertes y en los vulnerables del sistema familiar. Este modelo está en agudo contraste con la mayoría de los modelos de intervención actuales en medicina del

comportamiento, psiquiatría de interconsulta y psicoterapia que se centran sólo en el paciente. En su peor vertiente, las familias son relegadas a un segundo plano: se reconoce que afectan la adaptación psicosocial del paciente, pero no se considera tan necesaria la ayuda para los familiares para enfrentar el sufrimiento. Las intervenciones tempranas que reconocen la importancia del dolor de todos los miembros de la familia evitan la marginalización y movilizan su potencial como poderosa unidad psicosocial en el proceso de tratamiento.

Los pensadores sistémicos han subrayado que el comportamiento de una familia no puede entenderse de manera adecuada si no se tiene en cuenta su historia (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973; Carter y McGoldrick, 1989). Legados y pautas de adaptación multigeneracionales dan forma a mitos, creencias y expectativas que influyen sobre el modo en que las familias perciben una crisis de salud, y guían el tipo de sistemas que desarrollan en presencia de la adversidad. Siendo particularmente importantes los roles y expectativas que dependen del género (McGoldrick, Anderson y Walsh, 1989).

En suma, cuando se trabaja con familias que se enfrentan con una enfermedad o discapacidad, se necesita un modelo multigeneracional de ciclo de vida que integre de manera coherente los legados y temas relacionados con la enfermedad, así como con los tres hilos que forman la trama de la enfermedad: el ciclo de vida de la enfermedad, del individuo y de la familia; de una manera útil para la evaluación de la situación y la intervención. Los sistemas de creencias desempeñan un papel fundamental en la configuración de la capacidad de respuesta y adaptación de una familia que debe hacer frente a una enfermedad. La familia necesita desesperadamente confirmar un manejo adecuado de la enfermedad. En un modelo sistémico de la enfermedad y la discapacidad en la familia es necesario incluir la integración de los sistemas de creencias.

Este modelo de Rolland se basa en la teoría de sistemas. La teoría sistémica de la familia destaca, sobre todo, la interacción y el contexto donde ocurre. Desde esta perspectiva, función y disfunción se definen, en relación con el ajuste entre el individuo

y su familia, su contexto social y las demandas psicosociales de la situación; en este caso, un problema de salud. El apego excesivo de la familia, quizá disfuncional en otras circunstancias, puede resultar adaptativo durante una crisis de salud, pues suele ser necesario que los miembros de la familia cooperen estrechamente y suspendan las fronteras normales a fin de facilitar la respuesta y la adaptación a corto plazo. Además, para la teoría sistémica, los individuos están relacionados de manera tal, que un cambio en cualquiera de los miembros de la familia afecta a los otros miembros, lo que a su vez afecta al primero en una cadena circular de influencia.

El modelo sistémico de la enfermedad pone el acento en los procesos interactivos surgidos entre las demandas psicosociales que las diferentes afecciones imponen en el transcurso del tiempo, y los componentes clave del funcionamiento familiar.

Recordemos la Tipología psicosocial de la enfermedad como aportación de John Rolland, descrita en el capítulo 1.2. Enfermedad crónica y Evento Vascular Cerebral:

La variabilidad de las enfermedades y las fases temporales se abordan en función de dos dimensiones diferentes:

1. Las enfermedades crónicas y las discapacidades se agrupan de acuerdo a diferencias y similitudes biológicas clave que imponen demandas psicosociales diversas e importantes a los enfermos y sus familias.
2. Se identifican las principales fases temporales en la evolución natural de la enfermedad.

Las enfermedades pueden clasificarse en: las que tienen un comienzo agudo y las que tienen uno gradual. En este caso, el EVC, tiene una presentación clínica súbita, aunque puedan haber pasado por largos períodos de cambio biológico que condujeron finalmente un acontecimiento observable. La artritis esta considerada como un comienzo gradual. Para el individuo o la familia, una afección de comienzo gradual presenta un tipo de factor estresante diferente del que impone una crisis súbita. La envergadura del reajuste de la estructura familiar, de los roles, la resolución de

problemas y las estrategias afectivas de respuesta pueden ser las mismas para ambos tipos de enfermedad. Sin embargo, como en el presente caso, un EVC, que tiene un comienzo agudo, los cambios emocionales y prácticos se condensan en un breve lapso de tiempo y exigen de la familia una movilización más rápida de su capacidad para manejar las crisis. En las enfermedades de comienzo agudo existe una tensión inmediata en la familia relativamente más intensa, al tratar simultáneamente de evitar una pérdida mayor, o la muerte, y dar respuesta a un problema nuevo (Adams y Lindemann, 1974).

A las familias en esta situación les dificulta menos volver a un ritmo de vida normal que a aquellas que se enfrentan con una enfermedad progresiva.

1.2.2. Aporte del Equipo CECFAM

El equipo CECFAM, es un grupo de trabajo perteneciente a la clínica de atención a la Comunidad del Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF), en el mes de marzo del 2006 se constituyó la llamada Clínica de Enfermedades Crónicas y Familias (CECFAM), con el objetivo de realizar trabajo clínico y de investigación con familias con un integrante afectado por alguna enfermedad crónica.

Este equipo se especializa en la atención a familias con un miembro aquejado por algún padecimiento crónico, partiendo del entendimiento de que la aparición de cualquier tipo de enfermedad en alguno de sus integrantes repercute seriamente sobre todo el sistema familiar.

El equipo CECFAM considera a la enfermedad como un fenómeno biopsicosocial, es decir, los incidentes del individuo enfermo son inseparables de lo acontecido a la familia, y como la vive a partir de la influencia social al que pertenece, así como a la respuesta de éste a través de los sistemas de salud.

Es a partir de esta premisa, su atención se dirige a proponer un abordaje terapéutico perfilado a un enfoque integral y ecológico de los distintos niveles implicados: Individuo, familia, sociocultural y sistema sanitario.

Las repercusiones sociales que desencadena (prejuicios, discriminación, aislamiento, ocultamiento, estigmatización) tanto para el paciente como para la familia, hacen aconsejable la indicación de la terapia familiar.

Dicho abordaje de intervención en familias con un diagnóstico de enfermedad crónica de uno o varios de sus integrantes surge a partir de La teoría Integral de Ken Wilber, el modelo Bio-psico-social de Rolland, más la visión y el abordaje sistémico. Cabe mencionar que el enfoque sistémico se describió en el apartado 1.1 y el modelo de Rolland se describió en el 1.2.2.

Respecto a la Teoría Integral de Ken Wilber, Forman describe:

“La Psicoterapia Integral representa lo siguiente: basado en el trabajo del psicólogo, teórico y filósofo Ken Wilber, la teoría integral organiza las ideas clave y la intervención farmacológica, psicodinámica, cognitiva, conductual, humanista, existencial, feminista, multicultural, somática y enfoques transpersonales a la psicoterapia”. ” (Forman citando a Wilber, 2010. versión Kindle 2%).

Wilber propone el uso de cuadrantes para categorizar y organizar la información obtenida y posteriormente integrarla en un solo análisis. Según Wilber (Forman citando a Wilber, 2010 versión Kindle 2%):

Se necesita una perspectiva meta-teórica, dando directrices generales en cuanto a cuando cada una de estas teorías, es la mas adecuada para su uso con el cliente, permitiendo que cada enfoque conserve su sabor individual y su utilidad. Es porque facilita la organización de los sistemas completos de terapia, el enfoque integral puede ser tan útil para ayudar al terapeuta a enfrentar la complejidad psicológica humana.

Con la aportación de estas teorías, el equipo CECFAM (Althaus, Salceda y Warn 2016) plantea la intervención terapéutica a partir de la mirada hacia los siguientes cuadrantes: El sistema Individual y el sistema corporal del paciente que presenta la enfermedad, el sistema Familiar y el sistema social- cultural:

creencias individuales, orientación sexual, identidad sexual y de género, sus duelos vividos a partir de la pérdida de salud, los cambios en su dinámica de vida, su respuesta al tratamiento, etc.

b) Cuadrante superior derecho/individual objetivo.

Incluirá la Perspectiva corporal, “**Ello**”.

Se encuentra la información relacionada, con la perspectiva desde diversas disciplinas científicas, tal como la biología, fisiología, la química, etc. Y Todo aquello que puede observarse desde el exterior, lo que pueda verse, tocarse u observarse. Incluyendo tratamientos médicos y/ alternativos, abuso de sustancias, patrones de sueño, ejercicios, modificaciones corporales que se dan, lo que defina el estatus de salud/enfermedad.

c) Cuadrante inferior izquierdo/subjetivo colectivo. FAMILIA

Abarca la perspectiva en segunda persona, plural, “**Nosotros**”.

Incluye lo relacionado al nosotros intersubjetivo; es decir la parte interna relacional, para mirar lo que sucede en la familia, pareja, pares, amigos cercanos y personas significativas, a partir de valores compartidos, sus creencias, el lenguaje y sus significados.

Se resume los complejos cambios que se presentan en el sistema familiar cuando uno de sus miembros presenta una enfermedad. La relación que existe entre las diversas etapas del ciclo vital de la familia, de la pareja y de la enfermedad, los cambios en la estructura familiar, en las funciones y roles de los otros miembros de la familia, el impacto emocional y respuesta al estrés, la definición del cuidador principal y sus cuidados; y la importancia de los sistemas de creencias familiares y de pareja para el afrontamiento de la enfermedad.

d) Cuadrante inferior derecho/objetivo colectivo

Incluye la Perspectiva desde la tercera persona, “**Ellos**”.

Se considera el impacto que provoca la enfermedad en el aspecto económico y social del paciente y su familia. La relación con el sistema de salud: desde médicos, hospitales y otros niveles institucionales), la existencia o no de seguro para la salud, el impacto laboral, la perspectiva de género, etc. Estará contemplado como se relaciona en los diversos ecosistemas, incluyendo sus redes de apoyo, ambiente laboral, aspectos legales, políticos, sistemas de salud y acceso a ellos; además de las creencias sociales y culturales

A partir del trabajo que realiza el equipo de CECFAM, crean e imparten el Diplomado “Cuando la Enfermedad llega. Aspectos Individuales, Familiares y Psicosociales”. En el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia ILEF. Al cual asistí y de donde surge este trabajo de tesis.

Los cuadrantes antes mencionados se analizarán en el capítulo 3 y 4. Considerando 2 cuadrantes por cada capítulo, en el capítulo 3 se abordan los cuadrantes Individual y el corporal, y posteriormente, en el capítulo 4, el familiar y el sociocultural.

CAPÍTULO 2. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS.

2.1. Referencia del caso clínico.

El caso que analizo en la presente tesis es canalizado para mi atención terapéutica por la clínica de El Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF). El ILEF es una asociación civil, creada en 1984 para promover el estudio, la investigación y la formación académica de agentes de la salud mental, los cuales trabajan directa o indirectamente con el grupo familiar y se desempeñan a nivel de tareas de prevención ó de tratamiento terapéutico de familias, parejas e individuos. En esta institución se encuentra La clínica del ILEF, la cual tiene como objetivo favorecer y promover el trabajo comunitario, brindando ayuda profesional, a las personas situadas en una problemática familiar o de pareja, que solicitan atención psicológica.

2.1.1. Elección del caso y fuentes de información.

El presente caso se eligió, a partir de que en la familia había un integrante con enfermedad crónica, requisito necesario para la aplicación del modelo de Rolland y los aportes de CECFAM, y aún cuando, inicialmente no fue el motivo de la consulta, la enfermedad fue apareciendo como el eje central del conflicto familiar.

Para el análisis del caso, las fuentes que permitieron recabar la información acerca del caso clínico fueron diversas, entre ellas están las notas realizadas durante y posteriormente a las sesiones, los videos grabados en las sesiones, las experiencias directas en su gran mayoría con el paciente enfermo y su historia; menor número de sesiones con algunos integrantes de la familia, el conocimiento acerca de la enfermedad y el vínculo terapéutico.

2.1.2. Procesamiento de la información y Estrategia del análisis

Para comprender el proceso del paciente con enfermedad crónica EVC, el análisis está considerado en tres etapas:

- ✓ El periodo previo a la presencia del EVC.

- ✓ El periodo durante la rehabilitación del paciente enfermo.
- ✓ El periodo posterior a la recuperación del paciente con enfermedad.

La información recabada de las diferentes fuentes, se fueron seleccionando y organizando, respecto al proceso vivido durante cada periodo, se encuentran descritas en cada cuadrante, los cuales fueron referidos en el apartado 1.2.3. acerca de los cuatro aspectos: el sistema individual, el sistema corporal, el sistema familiar y el sistema sociocultural. Para una mayor revisión se puede consultar el anexo 2

En el análisis durante los tres periodos antes descritos, se identificó la etapa del ciclo vital en que apareció la enfermedad, presentando diversos movimientos y cambios a los que la familia se enfrentó; para analizar todos los cuadrantes y los ejes tanto ciclo vital y enfermedad, cómo se mueven y entrelazan en una especie de movimiento en espiral, donde se encuentran conectados unos con otros.

Las categorías consideradas en el análisis de los cuadrantes, antes del EVC, durante la rehabilitación y después de la recuperación, son las siguientes:

CUADRANTE INDIVIDUAL “YO”:

- Nivel cognoscitivo: autoimagen: cómo se ve a sí mismo, las creencias religiosas y el pensamiento mágico (lo que le pasó adentro de la persona con enfermedad, acerca de sus pensamientos, emociones, percepciones, sensaciones y estados mentales del paciente en relación a su vivencia de salud/enfermedad y el ciclo de vida del paciente. El sistema de creencias generales ante la enfermedad.
- Aspectos Emocionales.
- Duelo.
- Historia de la infancia y Tipo de apego
- Mecanismos de defensa y características de personalidad.

CUADRANTE CORPORAL “ELLO”:

- Aspectos relacionados al cuerpo físico, actividad laboral, hábitos alimenticios, actividades recreativas, alteraciones de los patrones del sueño, ansiedad, tratamientos, dolor, conducta sexual, el inicio o aumento del consumo de drogas o alcohol, o conductas heteroagresivas.
- Imagen física.
- Antecedentes de síntomas físicos.
- Efectos físicos de la enfermedad.

CUADRANTE FAMILIAR “NOSOTROS”:

- Se incluyó el “nosotros intersubjetivo”; es decir la parte interna relacional, lo que sucedió en la pareja y familia de origen a partir de valores compartidos, el lenguaje y sus significados.
- Familia nuclear
- Subsistema conyugal
- Subsistema parental
- Familia de origen
- Subsistema parental
- Historia de enfermedades familiares

CUADRANTE SOCIAL/CULTURAL “ELLOS”:

- Otros sistemas, redes de apoyo, cultura, aspectos tecno-económicos, gobierno, ecosistemas, los diversos sistemas. El discurso sociocultural sostenido por la memoria histórica. Incluyó: Ideologías, creencias, valores, modelos perceptivos, instituciones, la lengua. Interpretación de la enfermedad a un nivel mayor, con la inclusión de las fuerzas económicas, políticas y sociales.
- Influencia cultural
- Referencias médicas, hospitales
- Influencia social

- Religión
- Incorporación al trabajo
- Alta médica

2.2. Datos básicos del caso.

Marco solicitó su atención terapéutica en el mes de noviembre del 2012, se presentó a la terapia después de 2 años de vivir el evento vascular cerebral.

Motivo de consulta: “Buscar una forma de ayuda que me permita descubrir vínculos familiares que me ayuden a recuperar a mi familia”.

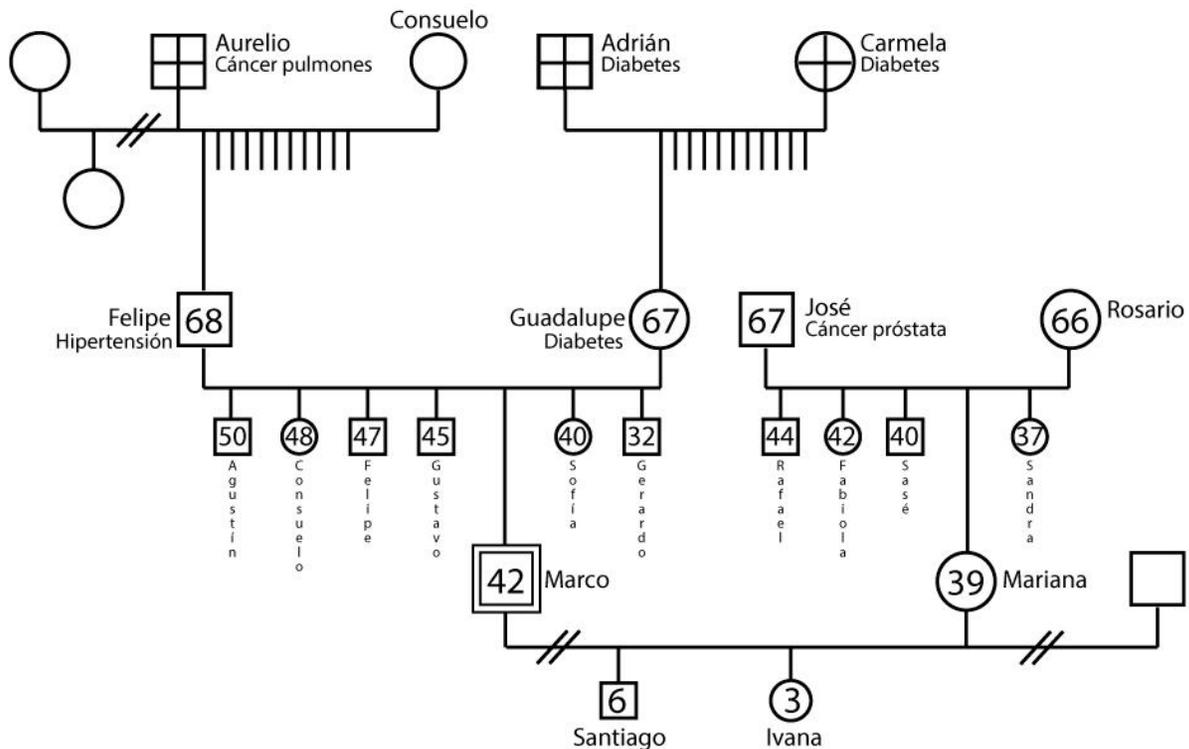
2.2.1. Historia familiar en torno al motivo de consulta.

Cuando se conocen, Mariana llevaba 2 años divorciada de su primer pareja con quien estuvo casada durante dos años, tiempo durante el cual quizá vivió violencia física y emocional. A los 3 meses de conocerse, ella y Marco deciden vivir juntos. Después de un año ocurre el primer embarazo, entonces deciden casarse; tres años después nace su segunda hija. Durante ese tiempo compran una casa con la ayuda del padre de Mariana, él les propone que se encarguen de una de sus panaderías, por lo tanto Marco debe cambiar de giro de trabajo. Dejó su despacho e imprenta que compartía con dos socios, y fue se encargó de echar andar el negocio. Estas nuevas situaciones le provocan un nivel de estrés alto que él no detecta, se concentra en la necesidad de generar dinero para los gastos en casa, pagar la deuda, más la inversión del nuevo negocio; en ese periodo se presenta el EVC el cual lo incapacita para continuar trabajando. El infarto sucedió en el área del cerebelo, ocasionándole parálisis y, posteriormente, deficiencia motriz del lado derecho del cuerpo; después de ser dado de alta de la hospitalización, asistía a terapia física motriz, terapia lingüística y orientación a incorporación laboral en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Cuando regresa a su hogar, comienza a preocuparse por los gastos y deudas familiares, deja de comprar sus medicamentos y de asistir a la rehabilitación. Su médico neurólogo le comenta el riesgo de abandonar su tratamiento, por la posibilidad de

presentar otro infarto cerebral, y le aconseja salir de su casa para alejarse del estrés, por lo tanto sus padres deciden llevarlo a vivir a la casa de ellos, y los hermanos son los que lo apoyan en sus gastos personales y de rehabilitación.

2.2.2. Familiograma



2.2.3. Descripción del sistema familiar

La familia nuclear se compone de Marco y Mariana quienes al inicio de la terapia llevan 7 años de casados, viven separados desde hace un año y medio, a partir de julio 2011, tienen dos hijos, el mayor, Santiago de 6 años e Ivana de 3 años.

La familia de origen de Marco está formada por el padre, Felipe de 68 años, y su madre Guadalupe de 67 años; los hijos son de mayor a menor: Agustín 50 años, Consuelo 48, Felipe 47, Gustavo 45, Marco 42, Sofía 40 y Gerardo de 32 años.

Por parte de Mariana, su familia de origen está formada por el padre, José Rafael de 67 años, y la madre Rosario de 66 años, los hijos de mayor al menor

respectivamente son: Rafael 44 años, Fabiola 42 años, José 40 años, Mariana 39 años y Sandra 37 años.

2.2.4. Antecedentes de enfermedades familiares

Veamos las enfermedades que se habían presentado en la familia:

La madre de Marco vive la enfermedad diabetes mellitus, fue diagnosticada hace 16 años. Antes del diagnóstico no entendían la situación de su madre, únicamente veían eran sus reacciones y la cuestionaban. Ella presentaba tristeza y enojo, solía culpar a todos y no identificaba que eran efectos emocionales relacionados con la enfermedad. Cuando el médico explica a la familia los síntomas de la enfermedad, comprendieron que a todos les afectaba su padecimiento, lograron ser más tolerantes, y cambiaron ciertos hábitos alimenticios.

El padre de Marco presenta hipertensión, fue diagnosticado hace 9 años. Acudió a atención médica ante la presencia de ciertos síntomas físicos, le dan el diagnóstico e inicia el tratamiento médico. Empezó a cuidarse y a seguir las indicaciones del médico; el primer hijo Agustín se encarga de compra el medicamento.

Vivieron también las enfermedades de los abuelos: el abuelo paterno Aurelio presentó cáncer pulmonar, falleció hace 20 años; la abuela paterna se encontraba sana y comentan que aún era activa. El abuelo materno presentó diabetes mellitus, en una ocasión, Marco lo llevó para que le quitaran una uña, le cual le provocó una hemorragia, recibió una transfusión en el hospital y después de varios días falleció. Esto fué hace 15 años. La abuela materna también tuvo diabetes y falleció 8 años atrás.

CAPÍTULO 3. Análisis integrador de los cuadrantes Individual y Corporal.

Para comprender la construcción de los significados que realizó Marco, necesitamos observar los diversos contextos en los que el paciente está inmerso, pues cada fenómeno tiene sentido y crea un significado dentro del contexto en que se produce. Veremos los efectos que provocó, de ida y vuelta, la presencia de la enfermedad; para ello me acompaño de la mirada del enfoque sistémico.

En este capítulo, el análisis abordará dos cuadrantes, incluyendo la información obtenida tanto del sistema individual y el sistema corporal del paciente quien presenta la enfermedad crónica. Cabe mencionar que el análisis se abordará considerando tres etapas: la primera es antes de presentarse la enfermedad; la segunda durante la presencia del evento y la rehabilitación; y la última es posterior a la recuperación del paciente.

3.1. Cuadrante individual.

En este cuadrante reviso los aspectos del yo subjetivo, es decir, lo que pasa adentro de la persona con enfermedad, acerca de sus pensamientos, emociones, percepciones, sensaciones y estados mentales, en relación a su vivencia de salud/enfermedad y su ciclo de vida.

Veamos un diálogo correspondiente a la vivencia durante la infancia:

“Yo no tengo las demostraciones de cariño como las que mi madre y hermano mayor tienen, le dice mocito, lo persigna [...] Entre mi hermano mayor, Gustavo, y yo hay diferencia de un año; por enfermedades de él necesitaba muchos cuidados, él era pequeño; por sugerencia de mi abuela tuve nodriza, yo crecí rápido y después me decían “cuida a tu hermano, tu sabes cuidarte, él no”, eso me daba libertad y seguridad, pero también me enojaba”

En el texto anterior vemos las creencias aprendidas durante la infancia, en relación a la enfermedad, son las siguientes: la enfermedad es una manera de tener cuidados y atención, al mismo tiempo representan debilidad. Su mamá no estuvo

totalmente disponible para él, tuvo que crecer más rápido y ser fuerte; a causa de ello, después se le delega la responsabilidad de cuidar a alguien más; no puede expresar sus emociones y necesidades pues debe conservar una imagen fuerte y darle prioridad al débil; ante esta situación crea una imagen de sí mismo: alguien está antes que él.

PERIODO ANTERIOR AL EVC

Marco no se percataba del nivel de estrés en el que se encontraba, hacía largas jornadas de trabajo, la presión económica había aumentado debido al cambio de estilo de vida y a la entrada de los hijos al ámbito escolar; se mantuvo concentrado en asumir el rol de principal proveedor de la familia en un nivel riesgoso para su salud:

“No me di cuenta de que tenía estrés, yo sólo trabajaba todo el día, no conocía el negocio de la panadería pero tenía que hacerlo me comprometí a pagar al papá de Mariana el préstamo para comprar la casa”

Presenta creencias de género respecto al rol que le corresponde al hombre y la mujer:

“yo crecí con esa teoría de que, estas haciendo un patrimonio, no te fijas, si es mucho de ella o mucho tuyo, pero a final de cuentas, es una familia, así crecí yo, en un principio le decía a Mariana, estamos empezando, vamos a hacer patrimonio juntos, sin decir, yo soy el que apporto, tu eres la que esta en la casa, no, porque eso no se vale. No se puede decir “es que yo trabajo y tú nada más estás en la casa”.

Marco concibe el rol del padre como el de proveedor de la economía familiar, y el de la madre como la encargada del hogar y del cuidado de los hijos. En el párrafo anterior y en el siguiente, se pueden detectar algunas de las creencias restrictivas que lo llevaron al estrés: ante la necesidad de ser aprobado, reconocido y aceptado, busca tener una mejor imagen frente a su esposa y cumplir un compromiso con su suegro, asume una carga excesiva de trabajo para ir conociendo el nuevo negocio, no descansa lo suficiente, y llega a un punto donde pone en riesgo su salud:

“Salía muy temprano de casa a las 6am para llegar a abrir la panadería y volvía a casa a las 11pm aparte del tráfico y también por no conocer el negocio y me sentía con un compromiso muy grande con el papá de Mariana él había confiado en mí y yo no quería defraudarlo”... “además sus otros hijos no le daban importancia a ese tipo de trabajo yo quería quedar bien con él y aprovecharlo estaba agradecido”...“tenía que demostrarle que podía hacerlo tanto a Mariana como a su papá”

PERIODO DURANTE LA PRESENCIA DEL EVENTO Y REHABILITACIÓN

La situación de incapacidad y dependencia de otros durante la rehabilitación, afectó la imagen de sí mismo, sobre todo frente a las personas que lo conocen desde antes de la enfermedad. Tiene dificultad para aceptar lo que ahora no puede hacer y para modificar su estilo de vida; en este periodo se enfoca en mirar sólo las pérdidas, lo veremos en los siguientes párrafos:

“antes era más sociable, ahora me aísló y me aíslan, creo que me pobretean y minimizan, creo que sólo van a hablar de mi enfermedad si hablo con ellos, mejor lo evito”

Marco tiende al aislamiento de sus iguales cuando asume que los otros lo miran diferente:

“el fin de semana me invitaron a jugar futbol, y antes, yo sentía que era muy bueno, me gustaba mucho. Y fui, y sólo una persona de ellos sabe lo que me pasó, y los demás no. Y, este, entonces, escuché comentarios de que ya habían llegado, buenos o malos, y yo sé que ya no soy esa persona que pensaban, o que conocían, y que ya soy... diferente, respecto a actitudes, como que me niego a enfrentarlos, ¿no? A enfrentar esa situación”.

En los párrafos anteriores también vemos que proyecta en los otros lo que siente de sí mismo.

Veamos un diálogo acerca de sus capacidades artísticas: *“antes yo pintaba cuadros de cuerpos femeninos, llegué a exponerlos en varias galerías... yo lo hacía por gusto, me sorprendía que dijeran que era muy bueno”...“ahora he intentado volver a pintar y no puedo me frustró... ni siquiera quiero ver mis pinturas ni nada que tenga que recordármelo”*.

Recibir reconocimiento por sus habilidades le daba satisfacción y favorecía su autoestima, ante ésta pérdida hay gran frustración

La creencia de género en su rol de proveedor lo lleva a no asumir la responsabilidad de mantener el tratamiento, y pone en riesgo su salud:

“cuando regresé a casa después de estar internado, dejé de tomar el medicamento para darle el dinero a Mariana porque no tenía ingresos y no podía trabajar y no quería que ella se enojara”... Madre: “Cuando Marco salió del hospital se fue a vivir con su familia pero no estaba tomando la medicina y tuvo hemorragias muy fuertes”. El hecho de generar el dinero para la manutención del hogar tiene un peso importante para Marco, dado que así se valida y se mira capaz; es su imagen masculina introyectada.

Hay una Identificación de las diversas pérdidas que vive a partir del EVC y el sufrimiento que conlleva:

“Quizá cuando a mi me pasó lo del infarto jamás pensé en las consecuencias que iba a tener lo que había perdido... te duele mas lo que pierdes... me dolió perder mi matrimonio, mi salud, mi economía”... “el infarto me cambió totalmente la vida... Por ahora reconozco que tuve 5 pérdidas: familiar, física, emocional, económica y la fé”.

Presenta creencias restrictivas relacionadas con encontrarse en la vida ante una lucha: *“la vida me estuvo enfrentando”*.

Se puede identificar una constante dificultad, en su pensamiento, para reconocer en sí mismo sus avances; en su proceso de pensamiento, la definición de las cosas va de completamente bueno a completamente malo; se autodefine actualmente miserable, mientras antes era exitoso: todo o nada. Presentó sentimientos de culpa, provocando

un efecto perturbador que ancla y rigidiza, a partir de su imposibilidad de generar desde lo material, dado que se encuentra en una edad productiva, pero acosado por la creencia del rol masculino como padre de familia y generador de ingreso en la economía al hogar. Ahora ante la incapacidad y cuidados que requiere, muestra una imagen devaluada de sí mismo, una pérdida de la autoconfianza, impotencia e incredulidad de poder volver a ganar dinero:

Marco: “me siento miserable”

T: ¿Qué es ser miserable para ti?

Marco: *“es alguien que no gana dinero ni para sí... “no sé creo no soy derrotado ni exitoso estoy en medio, recordar que fui exitoso me espanta que era y no estoy convencido de que lo fui y ahora soy este”... “A mi no me gusta sentirme así como en el limbo, no? Que no sé ni en dónde estoy parado, si en el cielo o en el infierno, no, no sé, para mí eso es malo”...*

La culpa se incrementa por la autocensura al definirse como quién ha sido, quién es y quién va a ser. Estas creencias restrictivas le disminuyen la posibilidad de encontrar las soluciones para sus problemas, e incrementan y mantienen el sufrimiento emocional.

Marco presentó impotencia, frustración y enojo contenido ante la pérdida de algunas capacidades, con que contaba previo al EVC: *“todo lo que he hecho a partir de mi infarto trato de hacer todo a mí me causa mucho más esfuerzo de lo que ven y me he sentido como estancado, aunque podré hacer muchas cosas, siento que hago las cosas al 50%, y no hago las cosas que debía hacer”.*

En el texto siguiente refleja su forma de respuesta para enfrentar el conflicto psicológico y el manejo de sus emociones. Ante la situación actual de incapacidad, resultado de la enfermedad, en la relación con los demás, no demuestra y controla sus emociones por temor al efecto que pueda causar:

“Antes del infarto era muy tolerante, ahora no soporto nada, ahora no controlo mi reacción hasta me pregunto por qué, creo que es a partir del infarto... la tolerancia cambió en mi a lo mejor nada tiene que ver el infarto tal vez físicamente y emocionalmente, siempre estoy enojado porque no he entendido la situación”...

T: Y cómo sueles expresar tu enojo?. Marco: *cuando voy manejando me enojo con el que se me atraviesa, con el que me gana el lugar, con el semáforo, voy peleándome en el coche...*

T: Y qué haces con ese coraje? M: *“lo peor es que nada no sé que hacer”*.

Durante este periodo del duelo presentó enojo, tristeza, impotencia, frustración y dolor; lo desplaza hacia no poder vivir solo y tener que continuar con la situación de dependencia y cuidado de sus padres:

“sigo viviendo con mis papás porque no tengo a donde irme, antes me fui de casa a los 18 años, creí que al entrar a trabajar se despertaría mi ambición, no se a que se debe si es por el infarto o me afectó mi divorcio pero me siento miserable... que no tengo un peso en la bolsa, tener una ambición en algo en lo espiritual, emocional, no me siento motivado, todo me da igual ya no quiero ser así”...

Estuvo elaborando el duelo por la salud perdida. El dolor de la pérdida se mantuvo en sí mismo, era causa y efecto; se infringió dolor con los pensamientos repetitivos y sufría la pérdida, lo cual provocaba un efecto de agobio para dar alivio del nudo ciego; ante más enojo había más pérdida, por lo tanto se le dificultaba ponerse en paz consigo mismo.

PERIODO POSTERIOR A LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE

Al inicio de este periodo, transitó del enojo a la gradual aceptación de ciertos aspectos con la posibilidad de modificar su estilo de vida. Posteriormente pudo separar las dificultades ocasionadas a partir del infarto de las que estaban presentes desde antes, de las cuales no se había percatado:

“Mi infarto, a pesar de que ya tiene dos años y he tomado terapias y rehabilitaciones y todo eso, como que ahorita soy más consciente de lo que era, de lo que pasó y lo que estaba en juego. Que a pesar de todo lo que he hecho, hay cosas que no he podido superar”... “Me siento más triste de lo normal, como que soy más consciente y entonces eso me lleva a sentirme más triste”... “vivir mi infarto fue muy desagradable porque cambiaron muchas cosas en mi vida emocionalmente y físicamente lo he ido superando ahora estoy mucho mejor que hace 3 años, he tenido que superar y manejar muchas cosas, que poco a poco voy superando”.

Se presentaron creencias restrictivas que le dificultaron aceptar ciertos cuidados preventivos por prescripción médica, pero eso no le impidió ser independiente en otros aspectos:

“Ahora quisiera activarme y salir de la zona de confort donde estoy, de la casa de mis padres, los cuidados que tienen conmigo ya me angustian me tratan como alguien que no puede, creo que yo sería diferente si ya pudiera vivir solo”

Hubo una alteración en su imagen, se mira siendo otro a partir del evento:

“Lo que no entiendo y me da miedo después de que viví el infarto, es estar consciente de lo que era y lo que soy, esa diferencia me da miedo... el evento no se cómo aceptarlo, no sé cómo es, me angustia no sé cómo aceptar y conformarme con así voy ha ser de ahora en adelante, tengo conciencia de lo que una vez fui y ahora es terror para mí”... “yo sé lo que puedo hacer y no puedo hacer para mí aceptarlo es muy triste, no poder hacer cosas que antes las hacía, no logro conformarme no logro aceptar”.

Experimentó una idea de separación entre mente y cuerpo, en el sentido de no coincidir en cómo se mira a sí mismo y lo que proyecta su imagen física: fisionómicamente ha recuperado al 96% su capacidad motriz, en el lenguaje sólo se nota cierto tartamudeo, y en lo cognitivo se considera aún como alguien incapacitado. Ante la separación de la pareja, sufrió ansiedad de separación, esperanza y anhelo ante la posibilidad de recuperar la relación, ambivalencia y dolor ante la idea de no poder estar juntos y de que la separación fuera definitiva:

“Por eso un día le dije a Mariana “tuvo que pasar lo del infarto para que yo me diera cuenta”, creo que algún día le dije, porque sí lo asumí de esa manera, digo, qué difícil es que tuvo que pasar eso para que yo supiera con quién estaba casado”.

3.1.1. ANÁLISIS DEL SISTEMA INDIVIDUAL.

Veamos ahora el proceso experimentado por Marco respecto a su pensamiento, emociones, sensaciones y sentimientos sobre la vivencia de la enfermedad; para esto es importante comprender los componentes de la personalidad del paciente. De acuerdo a la teoría del apego, revisada en el marco teórico, en el vínculo establecido entre Marco y su madre se generó un tipo de apego ansioso/ambivalente, dadas las circunstancias que se presentaron en su infancia, donde sus padres estuvieron pendientes de la enfermedad de su hermano. Su cuidadora estuvo física y emocionalmente sólo en ciertas ocasiones, haciéndolo más propenso a la ansiedad de separación y con dificultad para generar expectativas de confianza. Lo anterior produce en Marco su estilo defensivo, es decir su tipo de carácter corresponde al narcisista.

Desde la teoría del enfoque psicodinámico vemos que se desarrolló en Marco un funcionamiento de la personalidad en un nivel neurótico, donde presenta síntomas característicos: la ansiedad resultante de un conflicto entre un deseo y un temor inconsciente; dicha amenaza, es decir, la anticipación de la ansiedad, no se percibe, entonces se manifiestan los patrones inconscientes automáticos de conducta, producto de la dificultad de expresión, debido a sus mecanismos de defensa. Estos, ya presentes en Marco antes del EVC como parte de su personalidad, son los siguientes: la Represión; aunque este mecanismo actuaba de manera adaptativa, se volvió

problemático dado que operaba excluyendo otras formas más exitosas de lidiar con la realidad, es decir, se presentó como la única forma de enfrentar su situación, pero le ocasionó tantos problemas como los que resolvía; y el mecanismo de desplazamiento. Se observó que lo utilizaba de manera inconsciente en diferentes momentos, por ejemplo, dejar de tomar los medicamentos para utilizar el dinero en los gastos de sus hijos.

Durante la rehabilitación estuvo presentando, los mecanismos de defensa antes mencionados y los siguientes:

El paciente reaccionaba mediante la escisión del yo; en su diálogo, con frecuencia dividía sus experiencias entre buenas y malas, como recurso para reducir la ansiedad y mantener la autoestima. También respondió con la introyección; en su vínculo con Mariana padeció un tipo de apego ansioso y profundo, donde la representación interna se volvió una parte de su identidad: "Soy el esposo de Mariana", imagen que proyectó hacia adentro. Al perderla, por el rechazo y la separación, no sólo sintió su ambiente empobrecer, además sintió la muerte de una parte de su *self*, por lo que experimentó un vacío. Buscaba entender cuál había sido su error, pues mantenía el deseo implícito de la reconciliación; por periodos se negó a reconocer y aceptar que Mariana no hubiera permanecido junto a él durante su rehabilitación, así como la posterior petición del divorcio; se mantuvo enfocado en la restauración de su presencia y preocupado por encontrar el fracaso particular que la apartó, usualmente acusando a la enfermedad por ello, en lugar de trabajar en la separación. Mientras evitaba el dolor, tomó lugar la autocrítica inconsciente.

Tal como se refirió en el marco teórico, en la crónica, Marco hace referencia a la significación; la historia no solo determina la significación atribuida a su experiencia, sino también, y en gran medida, los aspectos de la experiencia que elige expresar. Entonces vemos a Marco vivir la enfermedad orgánica como una agresión interna y externa, lo cual implica el sufrimiento físico y emocional. Como efecto de la enfermedad tuvo ciertas limitaciones y restricciones, por lo que requirió ciertos cuidados necesarios; presentó entonces sentimientos de culpa, frustración y enojo. Durante el periodo de

rehabilitación, Marco sostenía una narrativa incongruente con su comportamiento, ésta estaba relacionada con su manera de verse a partir de la enfermedad, y lo limitaba a buscar alternativas que lo encaminaran a la aceptación; se decía a sí mismo “no puedo”, expuesto a las siguientes creencias: “no tengo motivación”, “estoy en la miseria”, “no puedo”, “mis hijos no están conmigo”, “me quedo en la cajita encerrado”, “Mariana me dejó”, “no tengo dinero”. A partir de estas creencias construía su vida y se relacionaba con las demás personas; padeció una depresión reactiva que enreda la situación; el narcisismo y la integridad se vieron afectadas. En su comportamiento no se percataba de las cosas que hacía para continuar con la vida, seguía las instrucciones médicas y asistía a terapia psicológica y física para recuperar su habilidad motriz y la salud. Esta conducta no la relacionaba con la motivación, sólo la catalogaba como actividades pendientes por hacer, sin considerar que en el aspecto emocional y psicológico le afectaba en el nivel de estrés, y por lo tanto dificultaba su recuperación.

En el periodo posterior a su recuperación repara en la importancia de reconocerse como responsable de su salud física y emocional; su resiliencia se miró en su comportamiento, en la capacidad para asumir acciones diferentes y ajustarse a un estilo diferente de vida: tener novia, hacer ejercicio, asistir a terapia, asistir a su rehabilitación, logró tener un trabajo, legalmente pide ver a sus hijos, concluye los trámites de divorcio, y se asume como agente de ayuda a su enfermedad en el aspecto orgánico referente a la atención médica.

3.2. CUADRANTE INDIVIDUAL_CORPORAL “ELLO”:

En este apartado presento la información acerca de los aspectos relacionados al ello objetivo; es decir, al cuerpo físico. Incluye todo aquello que pueda verse, tocarse, y observarse con instrumentos científicos.

En la imagen corporal que tuvo Marco de sí mismo presentó ciertos aspectos que se encontraban vulnerados y afectaron su autoestima. Para mirar el proceso, abordo el antes, durante y después de la recuperación del EVC.

PERIODO ANTERIOR AL EVC:

Marco sufría periodos de fuertes dolores de cabeza, básicamente migraña, desde la adolescencia, no estuvo en tratamiento, únicamente los calmaba con analgésicos:

“Me cansé de buscar una solución y como mi mamá y dos de mis hermanos también padecían migraña, sólo como que fue raro”... No tenía la enseñanza de atenderse médicamente ante síntomas no considerados graves, ni como medida preventiva.

La forma de cuidar su salud ha sido por medio del deporte, no tomar alcohol ni fumar; le permitió, al mismo tiempo, mantener una imagen y seguridad en si mismo: *“Antes era muy activo, deportista, practicaba futbol soccer, atletismo, iba al gimnasio, a trabajar”... “antes de la enfermedad me sentía muy seguro de mi imagen porque hacía mucho ejercicio, nunca antes me imaginé que pudiera pasarme era muy sano, no fumaba, no tomaba”... antes de casarme en realidad era seguro de mi y notaba que gustaba a las chicas”... “durante 3-4 años intenté varias opciones de negocio donde no logré capitalizarme, no me percaté que pudiera tener estrés, sólo estaba acostumbrado a tener largas jornadas de trabajo”*

Marco practicó futbol soccer durante la adolescencia, se veía a sí mismo en el futuro, haciéndolo profesionalmente, pero debido a una fractura en la pierna derecha, después de varios intentos de continuar jugando y sin tener avances en la total recuperación, debe dejarlo definitivamente por esa causa.

DURANTE LA REHABILITACIÓN:

“El EVC fue en el 2011 a las 7am estando en casa con mi esposa e hijos mientras me bañaba, estuve en terapia intensiva durante 10 días inconsciente, y 7 días consciente internado total 27 días en el hospital Médica Sur, 4 días antes de que me den de alta inicio rehabilitación de terapia física en el hospital...Al darme de alta me recetan: anticoagulante lipitor y xarento...”dos días después de alta del hospital empiezo terapia

lingüística en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), me llevaban mis padres. Mariana se encargaba de los niños y del negocio”.

Después de la hospitalización inicia terapia física de motricidad gruesa y fina, terapia de lenguaje y estrategias de incorporación al campo laboral. Las dificultades corporales que resultan del EVC, son parálisis del lado derecho del cuerpo y dificultad en el lenguaje:

“Después del evento tuve parálisis del lado derecho del cuerpo, no podía mantenerme de pie, no podía comer sólo, me daba trabajo hablar”... “recién saliendo del hospital seguía dependiendo de que alguien me ayudara a comer y moverme, mi cara y cuerpo por la parálisis era muy diferente no quería verme en el espejo”... “con la terapia física fui recuperando poco a poco el movimiento y estabilidad”...“sí fui al fútbol con los amigos de antes, y este, ya no quise cambiar. Me hice el lesionado. Pero yo sabía que no iba a jugar como ellos; pierdo el equilibrio, no tengo los mismos reflejos del lado derecho. o sea, me conflictúa mucho”

Dejó de practicar deporte debido a la dificultad motriz y para hacer la rehabilitación bajo la supervisión médica. Disminuyó su actividad recreativa, evitaba socializar con los amigos para que no vieran su incapacidad. Después de la hospitalización y ya viviendo con sus padres, presenta ataques de ansiedad que lo llevan a requerir medicamento y asistir a terapia psicológica:

“Después del evento he tenido 6 ataques de ansiedad, tengo miedo a estar solo, pienso qué hubiera sido de mi si al tener el infarto hubiera estado solo”.

Sufría dificultad en los patrones del sueño, tenía insomnio y dormía alrededor de cuatro horas; durante el día evitaba dormir para tratar de regular los periodos de sueño-vigilia, pero cedía al sueño debido al cansancio y a los dolores de cabeza, sino dormía, se percató que le afectó en la habilidad motriz de la mano derecha:

“Tengo 2 semanas que estoy teniendo un retroceso en la habilidad motriz, ya no me están dando cita en el INR y me esta costando más trabajo algunos ejercicios que fui

avanzando, armar el lego, escribir, leer, escuchar... me ha estado costando trabajo dormir eso me esta afectando en lo motriz el médico me dijo que no tiene que ver, me preguntó que si me duele la cabeza, si se me seca la boca que si me siento muy cansado, tomo mis medicamentos, del estrés no se supongo que no”...

No percibe si presenta estrés o no, presenta cansancio sin embargo no se recupera debido al insomnio:

“Ahora tengo que hacer los ejercicios a diferentes horas para que mi cuerpo se acostumbre a tener movimiento, no me da sueño hasta las 3 o 4 am, me despierto a las 9am y después me siento muy cansado con mucho sueño y me pongo muy de malas siento que no estoy tolerante, todo me desespera” los síntomas que presentó, le provocaron preocupación y ansiedad que lo llevaron de nuevo al círculo repetitivo de permanencia de síntomas físicos y emocionales: *“Hoy cumple Santiago siete años, y toda la semana como que he andado, como sentimental, como triste... Sí los he podido ver, sí he estado con ellos, este, y siento que esa parte de tristeza mucho tiene que ver eso, este dolor por no vivir con ellos esa parte sí siento que, bueno, creo que tal vez me afecta, tal vez eso provoca el dolor de cabeza, tal vez eso provoca que me estrese, tal vez eso provoca que esté triste y a la par me afecta en lo físico”* .

Son los primeros indicios de darse cuenta que su estado emocional influye en los síntomas físicos. Siente inseguridad, vergüenza y culpa por su aspecto físico, tiende a aislarse y eso dificulta mirar y aceptar las capacidades con que ahora cuenta:

“La parálisis me afectó en mi seguridad física, ahora no me siento seguro y el tartamudeo sobre todo con las personas que me conocen de antes del evento y se dan cuenta como hablo”.

PERIODO POSTERIOR A LA RECUPERACIÓN

Las habilidades motrices tuvieron una recuperación máxima del 96% de acuerdo al médico neurólogo, conforme a los últimos estudios que le realizaron. Dicho avance, en la vida cotidiana, le permitió retomar el ejercicio, como el atletismo, ahora consciente

de que debe realizarlo de acuerdo a su nivel de rendimiento actual: *“ahora requiero más esfuerzo físico y mental, todo es mas lento”*

En varias ocasiones padeció fuertes dolores de cabeza; este síntoma le causó temor dada la asociación de la enfermedad con el padecimiento de la migraña:

“La semana pasada tuve dolor de cabeza, entonces, yo tengo que evitar que me duela la cabeza, cuando me empieza a doler me tomo una pastilla y se me quita, pero ante ayer me tomé la pastilla y no se me quitó.... “tiene 1 mes que todos los días me duele la cabeza es un dolor bien fuerte, pero únicamente del lado izquierdo, no puedes ver la luz, me lastimaba mucho el ver la luz y me da vómito”...”me da miedo, me preocupa un poco porque nunca me había dolido la cabeza tanto tiempo, ni tan seguido, ni siquiera después del evento”.

Posteriormente detectó otros síntomas en la boca: *“Como que arrastro la lengua, siento la boca muy seca, y siento que la lengua la tengo hinchada, y me siento así como mareado”... “yo pensé que el infarto podía ser de las migrañas y el doctor me dijo que no, me hizo tomografías, estudios y no”... “el médico me dijo que me había afectado en un liquido que segrega el cerebro que ayuda a estar mas tranquilo pero que no requiere que tome medicamento, y que yo tengo que hacer terapia y hacer ejercicios mentales para estar bien”.*

En este periodo ya puede percibir lo que está pasando en su cuerpo en relación con sus emociones, y asume la importancia de estar pendiente de sus reacciones físicas, para atenderse de manera preventiva ante cualquier señal. El avance en su recuperación en habilidades motrices llegó al 97 por ciento; de acuerdo al médico, es el mayor avance registrado, solamente desconoce el avance en el aspecto sexual:

“El doctor me dice que en lo único que le falta saber si tengo avance o no es en lo sexual pero como no he tenido relaciones no puede valorar esa área, me dice que busque una novia para saber como funcionará mi cuerpo”.

ANÁLISIS INTEGRAL DE LOS ASPECTOS INDIVIDUAL Y CORPORAL

Marco se consideraba una persona sana a partir de la idea de ser activo, practicar deporte, no consumir alcohol y no fumar; por su concentración en el trabajo, no detectó el nivel de estrés. Insiste en minimizar sus síntomas y no acudir a atención médica tal como lo hizo tiempo atrás al no atender su problema de migraña.

Ante la presencia del EVC, la elaboración del duelo en Marco fue un proceso complejo, lento y doloroso, debido a que vivió varias pérdidas simultáneas, entre ellas la pérdida de la salud y de algunas capacidades físicas, la imagen corporal, de la familia nuclear, el trabajo y la fe. Las pérdidas antes mencionadas, aunado a la dificultad de identificar el estrés y su personalidad narcisista, dificultaron el manejo de sus emociones y, en consecuencia, una constante frustración e intolerancia ante lo que estaba viviendo. Presentaba varios síntomas como trastorno del sueño, y ataques de ansiedad. El proceso de la elaboración de las pérdidas lo remontó a situaciones de la infancia, donde se reflejaron emociones reprimidas acerca de su relación con sus padres, su autoestima y las creencias aprendidas sobre la enfermedad.

Respecto a la pérdida de la imagen corporal, la dificultad en la elaboración del duelo se debió a la importancia de la imagen corporal para su autoestima, característico en su tipo de personalidad, donde las pérdidas físicas son intolerables; la parálisis y la disminución de las habilidades motrices en la parte derecha del cuerpo, le provocó vergüenza y frustración causada por una alteración en su esquema corporal. En referencia a la representación mental, tanto global como específica, que Marco tiene del propio cuerpo, ante la dificultad para manejar sus emociones realizó conductas expiatorias, como evitar la sanación, dentro de un ciclo repetitivo de sufrimiento emocional. Durante el periodo posterior a su recuperación, poco a poco, al moverse a una perspectiva más reflexiva, percibe que sus emociones tienen un efecto en sus síntomas físicos, eso lo lleva a responsabilizarse más de su pensamiento, a expresar sus emociones y sentimientos, y atender los síntomas físicos de manera preventiva.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS INTEGRADOR DE LOS CUADRANTES FAMILIAR Y SOCIOCULTURAL

Debido a que los ciclos conductuales en cada familia son gobernados por un sistema de creencias compuesto por la combinación de actitudes, supuestos básicos, expectativas, prejuicios, convicciones y creencias en general aportados a la familia nuclear por cada uno de los padres, a partir de su familia de origen, las creencias individuales se entrelazan para formar las premisas rectoras que gobiernan a las familias. Veamos a continuación las creencias presentes en el paciente, la pareja, los diversos subsistemas y cómo se enlazan.

En este capítulo se incluye el análisis de dos cuadrantes, inicialmente se aborda el sistema familiar y en el siguiente subíndice el sociocultural.

4.1. EL SISTEMA FAMILIAR

En este apartado se analiza el “nosotros intersubjetivo”; es decir la parte interna relacional, para mirar lo que sucede en la pareja y familia de origen a partir de los valores compartidos, el lenguaje y sus significados.

4.1.1. Familia actual del paciente identificado.

De acuerdo al ciclo vital familiar, ellos se encuentran en la etapa de la familia con hijos menores. Esto implica que atraviesan por un proceso emocional de transición y aceptación de los nuevos miembros dentro de la familia. Los cambios de segundo orden en el estatus familiar, necesarios para la continuación del desarrollo familiar, son los siguientes: a) Un ajuste del sistema familiar para dar cabida a los hijos, b) La aceptación del papel de padres, y c) Realineación de las relaciones con la familia extensa para incluir los papeles de padres y abuelos.

Subsistema conyugal

ANTES DEL EVC

Se da inicio a la unión de la pareja, y formalizan el compromiso del nuevo sistema familiar; con el nacimiento del primer hijo, presentan dificultades para ajustar el rol de pareja y el nuevo subsistema parental. Marco se siente reconocido y aceptado por Mariana al elegirlo como el padre de sus hijos:

“A los 2-3 meses de conocernos me fui a vivir con Mariana...” después fue el embarazo de Santiago y nos casamos, al nacer ella se enfrió conmigo, como ella no me ponía atención me acerqué mucho a Santiago y ella también cada uno por su lado, a veces yo me dormía con el niño y ella no decía nada”.... “Mariana me dijo que con su 1er esposo no quiso tener hijos, no le gustó para padre y conmigo sí, eso me hacía sentir grande, importante para ella”.

Veamos algunas situaciones donde se presentaba un tipo de relación simétrica entre la pareja:

“Después de nacer mi hija, Mariana quería que compráramos una casa y yo le decía que no alcanzaba el dinero, entonces ella le pidió prestado a su papá para comprarla, me molesté con ella pero quise hablar con él y yo asumir el préstamo”...“en mi forma de ser, yo no creo que así se construya una familia, un patrimonio, yo tengo una idea, ella tiene la decisión, para mi es una zona de confort, porque diría, ay que fácil que te lo den, un suéter, pues aquí esta, pero si tu tienes frío y necesitas un suéter, a lo mejor trabajas muy duro para ella siempre fue del lado de sus padres, ah que quieres un coche, ahí esta el coche, ah que quieres una casa, ahí esta la casa, y yo estando casado con ella, a mi siempre me molesto, desde que nos cambiamos, recuerdo que yo fui con mi suegro y le dije sabe que, a mi préstemelo, le firmo lo que sea, yo se lo voy a pagar, pero sabe que, es mi casa, quiero que Mariana entienda que es nuestra casa”.

Marco asumía en su matrimonio una organización tradicional como la que aprendió en su familia de origen: padre provee y madre se hace cargo de los hijos; este

tipo de organización sólo se realizó durante el primer año del nacimiento del primogénito, pues ella trabajaba por su cuenta:

“Yo crecí con esa teoría de que, estas haciendo un patrimonio, no te fijas, si es mucho de ella, mucho tuyo, pero a final de cuentas, es una familia, así crecí yo, yo en un principio le decía a Mariana, estamos empezando, vamos a hacer patrimonio juntos, sin decir, yo soy el que apporto, tu eres la que esta en la casa, no, porque eso no se vale, no se puede decir es que yo trabajo y tu nada mas estas en la casa”.

En el subsistema conyugal, el acuerdo implícito es que ella tome las decisiones, y los dos asumen esa posición. La mayor jerarquía la tiene ella. Elige él ser el inconforme y no ella, se queda en posición de no ser visto. También le sucede en el trabajo, con nueva pareja, con su familia de origen:

“Dejaba que Mariana decidiera muchas cosas, no era por el simple echo de que no quisiera decidir sino porque ella hubiera echo su voluntad en muchas cosas... “siempre sentí que esperar que ella tomara la decisión también era parte de mi responsabilidad que yo dejara que ella tomara la decisión”...”Ella estaría mas inconforme si yo hubiera dicho lo vamos hacer asi defendía mucho su decisión, buscaba como justificar por qué había hecho eso aunque hubieran quedado mal las cosas”...“estando casado con Mariana, nunca fui una persona que le devolvía la moneda, a pesar de que había muchas cosas que no me convencían...eran tres o cuatro años que venían pasando situaciones, que raro sería que después de que me dió el infarto estuviera ahí, eso si para mi sería raro, pero no quieres aceptarlo”.

Marco identifica que, desde antes del evento, ya habían situaciones molestas respecto a su lugar en la relación, realidad que había reconocido antes del EVC, tampoco aceptaba la frustración ocasionada por sus expectativas de la relación. Ahora puede reconocer que después del infarto, lo siguiente sería más de lo mismo.

Subsistema parental

La relación con sus hijos la llevó a cabo a partir de lo que vivió con su padre: una cercanía emocional con los niños:

“Las cosas que hacía mi papá conmigo yo las hago con Santiago. O sea, yo le veo las uñas largas, ahorita que me salí de casa, Y a mi no me gusta verlo con las uñas largas”... mi papá a mi no me metía a bañar si no me ponía chanclas, y yo ahorita con Santiago, así soy”... “me gustaría que dijera “todo eso he querido de mi papá”, lo recuerdo como buen papá así, “mi papá juega conmigo, este, me daba de desayunar, de cenar...” “Santiago se cayó estando con su mamá y se fracturó el brazo lo llevó ella sola al doctor porque según no me encontró, el lunes que llegué ya lo vi así, luego lo llevamos a una segunda opinión lo llevé yo y Mariana, ese Dr. dijo que él lo operaría los dos no sabemos qué hacer, vimos a otro doctor y dijo que podría dejarlo así u operar...me quedo qué hago un doctor dice que si otro dice que no y te quedas a medias, no sabes qué decidir si dices que si y el niño queda mal sientes que es tu culpa, si lo haces y el niño no lo necesitaba, realmente no sabes, es muy difícil”...“cuando no estás bien con tu pareja esa situación se complica porque ella dice una cosa y tú piensas otra”.

Aquí se puede notar el tipo de relación simétrica y la dificultad para negociar y hacerse escuchar en la toma de decisiones en el subsistema parental.

PERIODO DURANTE LA REHABILITACIÓN

Después del EVC regresa a vivir con su familia nuclear; por su falta de trabajo, deja de tomar el medicamento y dispone el dinero para los gastos familiares, debido a las creencias asociadas a su rol de proveedor. Al no asumir Mariana el rol de cuidadora, Marco presentó sentimientos de abandono y enojo hacia ella, pues cree que es el deber de una pareja:

“Ella me dijo, después de que me dió el infarto, la primera vez que nos peleamos que fue la razón por la que yo me salí, me dió una cachetada y me dijo “oye, por qué no

mejor te moriste?”. Eso, para mi fue lo que más me dolió porque tal vez puedes escucharlo de cualquier persona, pero de la persona que quieres, que no lo esperas, sí te duele mucho, más en ese momento, es algo que yo no puedo superar, ya hasta después yo le cuestioné y me dijo “ay, es que estaba muy enojada, le dije yo ni aunque estuviera enojado te diría eso”...

Ante el riesgo de vivir otro infarto por dejar el medicamento y la rehabilitación, los padres se lo llevan con ellos:

“De hecho, cuando yo me salí de mi casa, a pesar de que no era lo que yo quería, tenía un motivo, yo me estaba saliendo una porque me corrió, otra porque me pegó, porque me insultó, porque me dijo eso, y porque yo estaba pasando por una situación de mi infarto, este emocionalmente muy fuerte, y me sentía más apoyado por mi papá, por mis hermanos, que por ella” ...”yo la veo y sé que yo no hubiera podido olvidar todo eso como para reconciliarnos, o haber perdonado, yo siento que no había una razón porque yo estaba con alguien que creía contaba con ella, yo no la hubiera dejado enferma, y ese dolor es el que mas me duele, creo que ella tiene remordimiento... me pregunto cómo fue que lo pudo hacer?

El hecho de que Mariana no haya aceptado atenderlo y acompañarlo durante la rehabilitación, lo vive como una traición al acuerdo de pareja, dada su creencia de que la pareja se acompaña “en las buenas y en las malas”. Es en éste periodo cuando Mariana tramita el divorcio, y se concreta en abril del 2013:

“Cuando nos presentamos a firmar el divorcio, me dolió porque sí la vi así muy entera, muy decidida, aunque yo también lo estaba, pero, vaya esperas que haya un sentimiento de culpa, de nostalgia, de que sabes que es necesario, pero no lo quieres y tiene que ser así, y dices, bueno pues no hay otro camino”, lo entiendes, así como “ay, ya, qué bueno que está pasando , pues tampoco, yo sigo pensando que no estaba con una mala persona, y no porque yo estaba casado con ella, sino porque quieres pensar cuando estás con una mala persona”.

El enojo y la desilusión de no sentirse reconocido y valorado por Mariana, ni a él como persona ni su amor, le dan la fuerza para enfrentar el proceso de divorcio:

“Me di cuenta de muchas cosas que me impedían, a pesar del dolor, pues que yo no quería, cuando firmé el divorcio, me dolía el 90% por mis hijos, no como pareja, así de estoy dejando al amor de mi vida, no ya no pensaba tanto en ella como mujer, como mi pareja, sino, aunque no lo crean, el 90% de mi ansiedad, de mi tristeza, era asumir esa situación de que, quizá firmando el divorcio y todas las consecuencias que vaya a haber, piensas en tus hijos, para bien o para mal. Y pues quieres estar ahí, y no estaba ahí, y no podía hablar con ellos porque son chiquitos, y no podía hacerles entender las cosas”...“¿Qué hice mal? o ¿qué faltó hacer?, no se, y mucho de esto es por que no encontraba una razón, entonces si lo viera, ¿se habrá enamorado de otro? ¿O llego otro en su vida?, no se, te duele, pero entiendes que es eso, pero no encontrar una razón es más doloroso”.

Estaba en negación de la realidad que vivía; buscaba otras causas ante el dolor de la pérdida, la impotencia, la frustración, y ante la dificultad para aceptar el abandono de Mariana en el momento cuya obligación era estar con él, desde su creencia acerca de los deberes de una pareja.

La presencia de la enfermedad tensó aún más la relación de pareja; al decidir Mariana no asumir el papel de cuidadora, ni percatarse del nivel de gravedad y riesgo de la enfermedad, esperaba que Marco continuara aportando su parte económica correspondiente. Marco reconoce la dificultad de continuar la relación con Mariana después del EVC:

“Siento que antes si teníamos problemas, nunca he aceptado que el divorcio pudo haber llegado sin el infarto, pero siento que el divorcio se dio por el infarto porque a ella le costó mucho trabajo que pensó cómo va a quedar Marco y le costó aceptar que yo estuviera enfermo”

Proyecta en Mariana lo que no acepta en él: pensó que después del infarto quedaría mal, cree que no pasó nada, porque él se ha encargado de que así lo

parezca, y que ella sólo pudo dejarlo por el infarto. Considera injusta la separación dado que “no pasó nada en él”, y negaba las dificultades desde antes.

Marco cree que las dificultades anteriores al EVC no tenían suficiente peso para propiciar el divorcio; lo más fuerte para él, y que todavía no acepta, es el fin de la relación por la presencia del infarto, a pesar de no tener nada que ver uno con otro:

“Todo el daño que me hizo: Dejar que no viera a los niños, inventar muchas razones, no estar conmigo cuando más la necesité... Todo eso como que desgastó el que yo... Yo estaba muy enamorado de ella. Y ya cuando me pidió el divorcio, no es que no estuviera enamorado de ella, pero ya la veía con mucho coraje, Yo la veía y decía nunca la traté mal y nunca fui grosero con ella, fui respetuoso, pero yo sentía mucho enojo no sólo por el divorcio, desde antes del divorcio”.. “Por eso un día le dije a Mariana “tuvo que pasar lo del infarto para que yo me diera cuenta”, creo que algún día le dije, porque sí lo asumí de esa manera, digo qué difícil es que tuvo que pasar eso para que yo supiera con quién estaba casado, para yo darme cuenta realmente quién era, esa parte es muy dolorosa... “Esa es una razón que a mi me hizo saber qué no tenía que regresar con ella. no había como fundamentos para yo luchar por regresar”... “Yo qué hacía? Convencerla a pesar de que no me hubiera apoyado, seguir queriéndola a pesar de que no me estaba apoyando? yo hubiera solicitado la demanda”.

Varias sesiones después Marco admite la presencia de problemas en la relación de pareja desde del EVC; identifica desilusión y frustración debido a que no se cumplió su expectativa de relación de pareja.

Durante el divorcio, logra hacer acuerdos con Mariana de poder ver a sus hijos dos veces por semana, y un fin de semana cada quince días. Ver a sus hijos con regularidad le ayudó a tener un nuevo sentido de vida, empezó a estabilizarse en su estado emocional y a tener la motivación suficiente para retomar un trabajo estable.

DESPUÉS DE LA RECUPERACIÓN

Marco continuó con dificultad para hacerse escuchar en la toma de decisiones en el subsistema parental; la madre decide y él se acomoda. Sentía indecisión, culpa y temor a que sus decisiones resultaran incorrectas y que por esto, o por cualquier cosa, Mariana le impidiera ver a los niños. Cree que la dificultad para ponerse de acuerdo respecto a los hijos surge a partir de la separación, cuando ésta ya estaba presente desde antes de tener lugar el evento:

“Cuando no estas bien con tu pareja esa situación se complica por ella dice una cosa y tu piensas otra, el hecho de estar separados la diferencia va ser peor es como un no saber porque no es garantía si vives junto con ella o no vives con ella” Veamos su narrativa en relación con la dificultad para hacer acuerdos en el subsistema parental: *“Ella las decidió... las mías no existen, he decidido que ella decida... me he quedado a veces conforme y a veces inconforme con las decisiones que ella ha tomado... soy responsable de alguna forma de lo que pasa al darle a ella el derecho de que ella decida”*.

Marco no reconocía el acuerdo implícito de que ella asume las decisiones y él las apoya, sin importar si están juntos o separados.

Después de admitir que aceptar las invitaciones de Mariana a pasar tiempo con ella y los niños, lo confunde, lo ilusiona y, al mismo tiempo, lo lastima, decide tener con ella únicamente una relación de padres, y sólo pasará tiempo con los hijos, se plantea límites a sí mismo de no aceptar las invitaciones de Mariana. Cada vez da mayor importancia a sus decisiones, a lo que él quiere y necesita, y comienza a ser asertivo, tres años después del EVC:

“Hace cuatro semanas que empecé a poner limites, a veces sentía que quería tener un acercamiento conmigo, que fuéramos amigos, que pensáramos que no había pasado nada, y a mi se me había caído el mundo encima, para mi era muy doloroso, tenia mucho coraje, ella quería minimizar lo que había pasado, y yo lo veía así de grande, entonces fue poner limites hablé con Mariana para protección mío, y dije esta situación

no puede estar así, porque una cosa es lo que ella quiere y una cosa es lo que yo quiero. Si no puede ser, pues yo mismo trato de protegerme, y está funcionando, de que ella entienda que no es lo que ella dice sino también lo que yo digo, Sí ha funcionado mucho”.

Aquí podemos observar que hubo un cambio de segundo orden, donde al mirarse a sí mismo se posiciona en un lugar igualitario en jerarquía, modificando el tipo de relación que entablan como padres, y le permite acoplarse al cambio en la estructura.

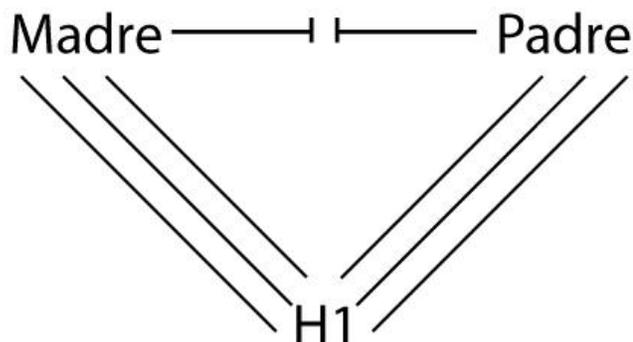
Análisis del subsistema conyugal

Se puede observar que las dificultades presentes en la relación de pareja aumentaron ante el estrés provocado por la presencia del EVC. De acuerdo a la revisión del marco teórico acerca de los conceptos tomados de la teoría respecto a la terapia de pareja, el programa oficial de Marco encaja con la petición explícita que le hace a Mariana: “quiero que me des atención, necesito tu apoyo, te necesito cerca de mí”. Esta petición se observa desde antes del EVC; Mariana no satisface su necesidad de atención a partir del nacimiento de su primer hijo y Marco se siente desplazado. Al presentarse la enfermedad, la tensión en la relación de pareja aumenta; después del periodo de la rehabilitación y recuperación para Marco se vuelve evidente cuánta importancia Mariana le daba a él, al no sentirse apoyado durante el transcurso de la enfermedad. Este programa oficial está en discordancia con su mapa del mundo –“soy abandonable, me da miedo que me abandonen” y “me da miedo el apego”–, debido al tipo de apego ambivalente creado en el vínculo con su madre, por lo tanto busca inconscientemente una mujer con quien aliviar su conflicto intrapsíquico. Elige una mujer más demandante de lo que él puede cubrir. Mariana, al parecer, tiene características de personalidad histérica con ciertos procesos defensivos primarios; Marco busca satisfacer las necesidades de ella a cambio de poca consideración de su parte. Observamos el programa oficial de Mariana “satisface mis necesidades, cuidame, necesito protección”; Marco, al realizarlo, confirma su mapa del mundo: adopta la posición de no ser visto, mientras Mariana no asume el rol de cuidadora de Marco, pues

desde su esquema no concibe cómo cuidará de quien espera cuidado, es decir, su mapa del mundo es “me da miedo crecer, es mejor ser hija que esposa”. Éstos son los tipos de reacción acerca del juego inconsciente donde se vieron atrapados: la colusión a partir de la cual se eligen como pareja ante una problemática individual no resuelta. Dichas problemáticas individuales no logran resolverse y se dificulta su evolución ante la llegada del primer hijo, puesto que al ser los mismos personajes se complica expresar y negociar sus necesidades, ahora en el subsistema parental.

Análisis de la Familia Nuclear

Antes del EVC, en la familia nuclear de Marco se observaron límites rígidos en el subsistema conyugal, donde se presentaron conflictos con dificultades a buscar alternativas de solución. Posteriormente hay problemas para ajustarse a la llegada del primer hijo, a esto se sumó la dificultad para negociar en el subsistema parental, entonces se genera una triangulación del niño entre los conflictos de los padres. Tal como se revisó en el marco teórico, en el apartado de escuela estructural Minuchin, se hace referencia a las familias que incrementan la rigidez de sus pautas de transacción y de sus fronteras como reacción frente al estrés, sin explorar alternativas o renuentes a hacerlo, quienes presentan ciertas patologías, entre ellas la triangulación:

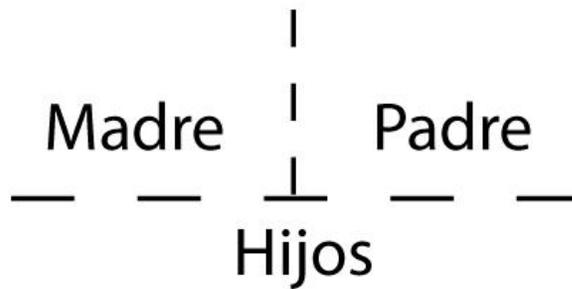


En la estructura familiar se observó una unidad familiar de frontera abierta, el subsistema parental se caracterizó por un involucramiento de la madre con su propio padre, quien a la vez mantuvo distancia con el esposo de su hija; esto se relaciona con el alejamiento entre los cónyuges. Asimismo se observó una frontera abierta entre padres e hijos.



Se advirtió la influencia de otros factores, tal como la expectativa económica, para conseguir que el subsistema conyugal conviviera poco con la familia nuclear de Marco y se inclinara a mantener un acercamiento más estrecho con la familia de origen de Mariana. A partir de la presencia del EVC, aumentó la tensión en el subsistema conyugal terminando por fracturar la relación de pareja; entonces, hay un rompimiento total con las dos familias de origen. Con todo lo anterior, no fueron posibles los cambios de segundo orden en el estatus familiar, necesarios para ajustarse y transitar de manera estable durante y después de la enfermedad, y para continuar su desarrollo a siguientes etapas en el ciclo de vida familiar.

A tres años de presentar el EVC, en seguida de su recuperación y después del divorcio, con el trabajo terapéutico hay lugar a un cambio de segundo orden, al posicionarse Marco en una jerarquía igualitaria a Mariana, a partir de haber establecido límites claros respecto al término de la relación de pareja, pero no de la relación parental, logrando formar un equipo de padres que vela por el bienestar de los hijos:



4.1.2. FAMILIA DE ORIGEN

La etapa del ciclo vital familiar en el que se encuentran es la salida de los hijos y seguir adelante; el proceso emocional en transición consiste en aceptar las constantes salidas y entradas al sistema familiar. Los cambios de segundo orden en el estatus familiar necesarios para la continuación del desarrollo son las siguientes:

- a) La renegociación del sistema familiar como una diada
- b) El desarrollo de relaciones de adulto a adulto entre los hijos mayores y sus padres
- c) La realineación de las relaciones para incluir a los yernos, nueras y los nietos.
- d) El manejo de las incapacidades y muerte de los padres, es decir de los abuelos.

La familia está integrada por los padres, Felipe de 68 años y Guadalupe de 67 años, los hijos, de mayor a menor respectivamente, Agustín, 50 años; Consuelo, 48; Felipe, 47; Gustavo, 45; Marco, 44; Sofía, 40, y Gerardo, 32 años.

Los que viven en la casa paterna durante la estancia de Marco son: los padres, Felipe y Guadalupe, Consuelo, que es madre soltera, y Marco. Los hijos de Sofía de nueve y diez años llegan en las tardes porque los cuidan los abuelos.

PERIODO ANTES DEL EVC

Marco manifiesta las creencias en relación a la enfermedad, que aprendió desde la infancia: la enfermedad es una manera de tener cuidados y atención; al mismo tiempo es signo de debilidad:

“Yo no tengo las demostraciones de cariño como las que mi madre y hermano mayor tienen le dice moshito, lo persigna”...“Entre mi hermano mayor Gustavo y yo hay diferencia de 1 año, por sus enfermedades necesitaba muchos cuidados, en su constitución él era pequeño”... “por sugerencia de mi abuela la mamá de mi papá tuve nodriza, yo crecí rápido y después me decían cuida a tu hermano, tu sabes cuidarte y él no, eso me daba libertad y seguridad, también me enojaba”

Ante esta situación, crea una imagen de sí mismo: alguien más está primero que él, y, debido a que es más fuerte, debe cuidar a alguien más. Su mamá no estaba totalmente disponible para él, no puede expresar sus emociones y necesidades a causa de su fortaleza; debe darle prioridad a otro, que es débil. De acuerdo a Umbarger y la teoría expuesta en el marco teórico, durante de la infancia y adolescencia se presenta una triada desviadora-asistidora entre los padres y el hijo Gustavo, ejemplo de cómo los padres desvían sus conflictos hacia la presunta enfermedad del hijo, uniéndose para su cuidado y sobreprotección. Cuando los padres piden a Marco asumir las funciones de hijo parental, además de la responsabilidad de cuidador del hermano mayor inmediato, éste se siente excluido y sin derecho a ser mirado, aceptado ni reconocido, sin poder disfrutar del cuidado de sus padres, y con dificultad para establecer un vínculo cercano con su padre:

“Mi papá me molesta, entonces yo trato de controlarme, me molesta y no sé por qué...desde que tengo uso de razón, yo recuerdo que siempre he sido así, como que siempre ha habido esa distancia...veo a mis hermanos que llegan, y se le cuelgan, y se ponen a ver la tele con mi papá, y le cuentan cosas... “Yo nunca yo no puedo llegar y contarle mis cosas, no puedo, creo que nunca, lo he hecho”...”créeme, yo estoy así con él, viendo la tele, y no aguanto, no puedo. Aunque, el hecho de que yo esté con él es como el pretexto que quiero agarrar para irme de ahí”... Siempre ha habido buena

comunicación y tengo buenos sentimientos, buenos recuerdos de mi papá... “mi mamá y papá se encargaban de nosotros, nunca vi que ellos se pelearan... “sé que había sido muy trabajador, muy responsable, este, muy fiel, obvio no te puedo decir porque no sé, pero dentro de lo que sé y de lo que veo, ha sido muy respetuoso con mi madre, en eso siento que yo soy así. Te digo, no sé si tuvo ahí sus cosas, pero yo nunca los vi... un día le pregunte a mamá oye, por qué te fijaste en él? Y fue cuando me platicó”.... “Y entonces yo voltee y dije “entonces se casaron por mi hermano?” o sea, por el mayor”

DURANTE LA REHABILITACIÓN

Cuando Marco regresa a vivir a la casa de sus padres, la atención de ellos está puesta en él y se organizan para cuidarlo, por lo tanto Marco se encuentra al servicio de mantener unida a la pareja.

El apoyo primordial lo recibe de su familia de origen, incluso en el aspecto laboral dado que el tercero de sus hermanos le da trabajo en su constructora durante un tiempo, para que pueda apoyar la economía de sus hijos. Recibe atención y cuidado de su madre en sus necesidades básicas de alimento y escucha, recibe contención, apoyo moral y económico de la familia; entre todos se organizan para atenderlo:

Madre de Marco: *“No me querían decir cómo estaba la gravedad del problema de Marco, pero al entrar a verlo me di cuenta sin que me dijeran le pedí a Dios que se valiera por él mismo... mi esposo es más fuerte solo dice pídele a Dios... está al pendiente de ellos ahora no se duerme sino ha llegado Marco... su papá es el que se encarga de cerrar la casa”... “A Marco le hablo con cariño, le digo tonche desde niño, trayéndole la fruta que a él le gusta, que su ropa siempre este limpia, atendiéndolo, lo escucho cuando tiene ganas de hablar...“él no puede desvelarse, cuando llega ya lo veo y estoy tranquila o llega a comer veo que está bien... él era un hombre muy deportista... le doy gracias a dios porque se vale por él mismo”... Madre: “mi hijo Felipe es quien nos une, les dice a todos que nos reunamos a comer los domingos en casa, yo cocino... entre los hermanos se hablan por teléfono no sé nada de ti cómo estas”.*

En los textos anteriores también se observa las formas y costumbres de la familia, así como el nuevo sentido para la familia que provocó el regreso de Marco.

A partir de la relación con su madre y hermanas, es posible observar la imagen que Marco aprendió de las mujeres: a las mujeres hay que cuidarlas, las mujeres cooperan, cuidan, apoyan en las situaciones difíciles, y ,al mismo tiempo son fuertes, toman las decisiones:

“Mi hermana Sofía es quien apoyó en mi divorcio, ella estaba muy enojada con Mariana e intentó ser dura con ella y yo le pedí que le bajara yo le pedí negociar y ser justo y mi hermana lo respetó”... mi hermana Consuelo es celosa todo se le hacía poco”...

Madre de Marco: *“mi hijo Marco y mis otros hijos son muy buenos, les tocaron mujeres que los maltratan”...Marco: “mi papá dice que hay que cuidar a mis hermanas porque quién sabe que tipo de hombre les toque”*

Hay presencia de creencias familiares de género: hijas buenas-hombres malos, esposas malas, hijos buenos, por lo tanto los buenos son los de la familia y los demás son malos. Desde ésta creencia las relaciones de pareja de los hijos se dificultan dado que la expectativa es que la persona que se elige sea como lo conocido y aceptado en la familia.

Marco tuvo dificultades para mejorar la relación con su padre; le ocasiona sufrimiento mirarse con su hijo y, como si fuera un castigo, pensar que el vínculo con su padre se repetirá en la relación con su hijo:

“Con mi papá siento una reacción negativa al estar con él, no me gusta estar con él. O sea, puede ser muy atento, me quiere mucho y todo, pero no estoy con él más de diez minutos, he intentado estar más tiempo con él y me cuesta mucho trabajo termino por irme”...“él siempre ha estado ahí, yo soy el que no quiere estar ahí, soy el que siento como rechazo, porque él no, y a mi no me gusta ser así con él, obviamente no me gustaría que Santiago tuviera esa sensación, yo no encuentro una razón por la que

deba ser así con mi papá, y tampoco siento una razón por la que Santiago pudiera ser así conmigo”...

...“A veces he pensado que hago las cosas como mi papá con mi mamá, yo veía que se acompañaban y cuidaban, eso creía que hacía yo con Mariana”... Yo soy como él muy fiel, me enamoro, quiero mucho a la persona, yo siento que así es mi papá”... “ha sido muy respetuoso con mi madre entonces por esas cosas siento que yo soy así”...

“Mi papá fue muy atento conmigo, que fue muy cariñoso, como yo soy con Santiago, recuerdo a mi papá que nos metía a bañar, y me metía a bañar con él, y nos tallaba, nos cortaba las uñas de las manos, de los pies, nos limpiaba las orejas, nos ponía pijama y, órale, a dormir, esas cosas las tengo muy grabadas, siempre he pensado que él ha sido un buen padre, siempre ha sido un buen amigo, una buena persona, siempre ha habido buena comunicación y tengo buenos sentimientos, buenos recuerdos de mi papá, que hago con Santiago, y sigo esa actitud que estoy teniendo con mi papá.... “ojalá mi hijo no sea como yo con mi papá, las cosas que hacía mi papá conmigo yo las hago con Santiago. O sea, yo le veo las uñas largas, ahorita que me salí de casa, Y a mí no me gusta verlo con las uñas largas, mi papá a mí no me metía a bañar si no me ponía chanclas, y yo ahorita con Santiago, así soy”.

La dificultad de Marco para avanzar en la terapia respecto a la relación con su padre, se debió a que la figura paterna le reflejaba su propia imagen como hombre ejerciendo los diferentes roles: esposo, padre, proveedor, trabajador, y se le complicaba mirarse no siendo tan eficiente como su padre y sus los logros familiares, cosa que él no lograba aún habiendo aprendido y asimilado todo lo correspondiente al rol de esposo y padre; por eso, proyectaba en su padre el enojo y frustración a sí mismo, ante la imposibilidad de concebirse tan capaz como su padre, y continuaba en la posición de no sentirse reconocido ni aprobado.

DESPUÉS DE LA RECUPERACIÓN

El nivel de recuperación física logrado le genera seguridad en sí mismo y tanto el deseo como la posibilidad de vivir solo, en busca de opciones para asumir la responsabilidad de cuidarse a sí mismo y ser independiente:

“Mis papás son de esos papás, sí son muy atentos contigo, pero nunca encuentras esa separación. Hoy en día, bueno, aunque son muy conscientes de los hijos, o de su cuidado y esas cosas, yo entiendo todo lo que hicieron mis papás por mi, que entienden que tú puedes ser así y te siguen tratando igual, como te trata a ti, como trata al mayor, como trata al menor, nunca había una diferencia”...“ahora ya quiero vivir sólo, ya no depender de mis padres tanto cuidado ya me molesta y me angustia, me tratan como alguien que no puede, creo que sería diferente”...“creo que ahora ya sólo el 50% es lo que necesito y el 80% de lo que me dan me hace más daño que beneficio, entonces sólo podría sentirme más seguro de mí”.

Análisis Estructural de la Familia de origen

A continuación veremos la estructura del sistema familiar de Marco; para esto haré un recorrido del proceso que vivieron, a partir de antes del EVC, mirando las pautas de organización y los movimientos de calibración realizados por la familia para mantener la estabilidad del sistema, a la par que transitaban sus ciclos evolutivos; las pautas transaccionales alternativas, llevadas a cabo en la organización familiar al surgir la enfermedad y durante la evolución de la misma, y los cambios posteriores a la recuperación.

Antes de la presencia del EVC, durante la infancia de Marco, mientras vivía con su familia de origen, en los movimientos de calibración que realizaba la familia para autorregularse, es decir estabilizarse y adaptarse ante los ciclos evolutivos por los que transitaban, se observó una triada desviadora-asistidora entre los padres y un hijo, Gustavo. Esto muestra cómo los padres desvíaban sus conflictos hacia la enfermedad del hijo, creando lazos entre ellos para su cuidado y sobreprotección. Durante la adolescencia, aunada a la petición de los padres de asumir acciones parentales,

Marco se sintió excluido, sin derecho a ser mirado, aceptado ni reconocido, y con dificultad para establecer un vínculo cercano con su padre. Observemos que se presenta un tipo de familia aglutinada, con límites difusos entre los subsistemas, donde sus integrantes tienden a estar involucrados en demasía, y con una frontera cerrada hacia el exterior del sistema familiar.

Cuando se presenta el EVC en Marco, en la etapa evolutiva del ciclo vital familiar por la que transitaban, los padres estaban reorganizándose al reconocerse de nuevo como una diada; en los movimientos de calibración para adaptarse al estrés suscitado por su enfermedad, vemos que el regreso de Marco provocó de nuevo la unión de los padres para atenderlo y cuidarlo, y le dio un nuevo sentido de vida a la familia. Entonces la manera de mantener su continuidad y retomar la homeostasis del sistema, se vincula con pautas transaccionales rígidas: vemos una estructura familiar en donde Marco quedó centralizado, situación que lo mantuvo en una posición de dependencia física, económica y emocionalmente.

En la estructura familiar, a partir del regreso de Marco al sistema familiar, se observa lo siguiente: Una unidad familiar de frontera rígida y cerrada hacia el exterior, aquí el subsistema parental se constituye por una madre que sostiene una alianza franca con el padre y, a la vez, con Marco, entre quienes la alianza es difusa y débil, y con una frontera abierta con el resto de los hermanos:



De acuerdo a Rolland, como se revisó en el marco teórico respecto al efecto de la discapacidad en la familia, influyeron varios factores: los roles de sus integrantes y la flexibilidad para modificarlos; la estructura y los recursos emocionales y económicos; la capacidad para resolver problemas eficazmente; el nivel de apego y de la comunicación. Veamos la forma de respuesta de la familia frente a situaciones de crisis.

La resiliencia familiar se puede mirar en algunos aspectos del sistema de creencias familiares, lo vemos en su forma de darle sentido a la adversidad: entre todos se brindan contención, rozando, en ocasiones, el extremo de la sobreprotección, presentan ciertas perspectivas positivas, y se apoyan en la espiritualidad. Se observaron en sus patrones de organización las pautas rígidas que dificultaron la elaboración del duelo; sin embargo, por sus vínculos estables, el amor y apoyo de familia fueron vitales para la recuperación (cuentan con los recursos económicos necesarios para la atención médica en instituciones privadas). Debido a la prioridad de la unión familiar, su organización gira en torno al cuidado: se organizan para apoyarse y están pendientes unos de otros; los hijos cuidan de los padres y los padres de los hijos, los hijos cuentan con recursos económicos y aportan en diferentes proporciones para cubrir los gastos de los padres, sus redes de apoyo son ellos mismos como familia y mantienen vínculos estables entre ellos. Ante las experiencias previas de enfermedades en la familia, enfrentan el diagnóstico con frustración, enojo e inestabilidad; en este caso, ante un evento cerebrovascular de comienzo agudo, los cambios emocionales y prácticos se condensaron en un breve lapso de tiempo, exigiendo a la familia una movilización más rápida que su capacidad para manejar las crisis. En los procesos comunicativos familiares, se registraron patrones de respuesta complementarios: suelen expresar sus emociones y sentimientos con mayor facilidad, por medio de acciones ante el apoyo mutuo, moral y económico; esto generó confianza en el interior familiar, se propició la contención y la resolución colaborativa de sus problemas. Ante la presencia del EVC en Marco, la familia se organizó para asumir entre ellos las actividades de su cuidado y atención. Sin la participación de Mariana, los hermanos tomaron su lugar en las funciones correspondientes.

4.2. CUADRANTE SOCIAL/CULTURAL.

Las creencias se generan a través de nuestras interacciones con los demás y con nuestro entorno; de esta manera adquirimos información conforme vamos creciendo, por ello nuestras creencias tienen tres dimensiones: la psicológica, que incluye tanto el aspecto emocional como el cognitivo, la biológica y la sociocultural. Refiriéndome, en este caso, a la experiencia de una enfermedad crónica, ésta se produce en un contexto interpersonal y al mismo tiempo relacional, lo cual afecta las creencias, el comportamiento y las emociones, siempre definidas por la cultura.

Ahora revisemos la información seleccionada en este apartado respecto a la intersubjetividad encontrada en el paciente, referente a los diversos sistemas, es decir, a los aspectos institucionales que participan por su influencia en torno a la enfermedad, entre ellas las redes de apoyo, la cultura, los aspectos tecno-económicos, el gobierno y los diversos ecosistemas. Se seleccionó el discurso sociocultural sostenido por la memoria histórica; puede incluir información acerca de las ideologías, creencias, valores, modelos perceptivos, las instituciones y la lengua.

PERIODO ANTES DEL EVC

La necesidad de incrementar su economía y ante la frustración de no haber logrado capitalizarse en los anteriores trabajos, conducen a Marco a cambiar de giro en el negocio:

“Estaba en sociedad con una pareja de amigos con quienes teníamos un despacho, los ingresos habían bajado y quería hacer algo yo solo... después tuve una imprenta y hubo buenos clientes”...“tuve que dejarlo también cuando se compró la casa para administrar una de las panaderías del papá de Mariana aunque yo desconocía el negocio”...“asi creo que debe ser la familia, debe apoyarse para seguir creciendo aunque en la familia de Mariana hay desunión, ella es la más cercana a sus padres”.

En el texto anterior confirmamos las creencias relacionadas con el rol de padre proveedor e imagen masculina aprendidas de su progenitor, y la influencia recibida a

partir del rol tradicional del mismo, situado en la cultura mexicana. En su orden de prioridad se encuentran los hijos, posteriormente la esposa y después él mismo; esta creencia lo lleva a no mirarse, ni atenderse al menos de manera preventiva, aún cuando ya presentó una enfermedad crónica, también se pone en riesgo al dejar de comprar el medicamento y dar ese dinero. Vemos que este patrón de comportamiento se repite en su forma de relacionarse en los diferentes sistemas: primero están las necesidades de los demás, pasa por alto sus exigencias físicas y emocionales de autocuidado; esta forma de relacionarse es su forma de sentirse validado a través de la imagen que cree lograr obtener frente a los demás, es decir sentirse útil, recibir reconocimiento por su esfuerzo, que los demás aprecien su entrega y compromiso y lograr ser mirado:

“No me di cuenta de que tenía estrés, sólo trabajaba todo el día, no conocía el negocio de la panadería pero tenía que hacerlo me comprometí a pagar al papá de Mariana el préstamo para comprar la casa”...“salía muy temprano de casa a las 6am para llegar a abrir la panadería y volvía a casa a las 11pm aparte del tráfico y también por no conocer el negocio y me sentía con un compromiso muy grande con el papá de Mariana él había confiado en mí y yo no quería defraudarlo”... “además sus otros hijos no le daban importancia a ese tipo de trabajo yo quería quedar bien con él y aprovecharlo estaba agradecido”...“tenía que demostrarle que podía hacerlo tanto a Mariana como a su papá...”“cuando regreso a casa después de estar internado, dejé de tomar el medicamento para darle el dinero a Mariana porque no tenía ingresos y no podía trabajar y no quería que ella se enojara”.

Hay creencias respecto a la validación en su propia imagen masculina a partir de generar el dinero para mantener a la familia.

En los párrafos anteriores y el siguiente se observa una influencia social en creencias de género respecto del modelo tradicional del hombre y la mujer:

“Yo crecí con esa teoría de que, estas haciendo un patrimonio, no te fijas, si es mucho de ella, mucho tuyo, pero a final de cuentas, es una familia, así crecí yo...yo en un principio le decía a Mariana, estamos empezando, vamos a hacer patrimonio juntos, sin

decir, yo soy el que apporto, tu eres la que esta en la casa, no, porque eso no se vale, no se puede decir es que yo trabajo y tu nada mas estas en la casa”.

Además, vemos normalizado el uso diferenciado y desigual del dinero: se le asigna mayor valor a la aportación económica del hombre, y la actividad que genera la economía del hogar se considera primordial.

DURANTE LA REHABILITACIÓN

Referencias médicas:

“Dos días después de alta del hospital empiezo terapia lingüística en el Instituto Nacional de Rehabilitación(INR), me llevaban mis padres. Mariana se encargaba de los niños y del negocio”....“La responsabilidad y hablar con los doctores se hicieron cargo mis hermanos (Felipe y Sofía) y Mariana, creo que mis hermanos respetaban las decisiones que tomaba Mariana”.

Su médico detecta el riesgo en el que se ponía al darle prioridad a las necesidades familiares en cuanto a la economía, y dejar en segundo lugar su salud; fue irresponsable al no asumir el tratamiento y ponerse en riesgo de presentar otro EVC:

“Mi neurólogo fue quien le habló a mis padres para decirles que no estaba tomando el medicamento y estaba en riesgo de que tuviera otro evento”...“cuando habla conmigo me dice que debo irme con mis padres para que no me preocupe por lo económico y pueda tomar los medicamentos”...“me dijo el doctor después del evento tus migrañas eran como que, lo que pesaba y después termino en tu infarto, y es que el me cuestionaba, y es que yo no entendía por qué antes si me daba y ahora no, y lo que me dijo es que el infarto así empezó, empezó con migrañas e igual te pudo haber dado hace diez años e igual te pudo haber dado dentro de diez o te pudo haber dado hoy, pero difícilmente vas a volver a tener migrañas y nunca he tenido otra vez migrañas”.

La participación de su médico neurólogo fue importante para que Marco comprendiera la gravedad de su enfermedad y el riesgo de no seguir el tratamiento; también influyó para extender el tiempo de la rehabilitación física.

Volver a relacionarse con sus amigos después del EVC, resultó difícil para Marco, a causa de la imagen de sí mismo como un buen jugador de fútbol, también corroborada por sus amigos. Al presentar la incapacidad y el cambio de imagen rige un cambio en su comportamiento al preferir no relacionarse más con los amigos que lo conocían antes del EVC:

“El fin de semana me invitaron a jugar fútbol, y yo antes, yo sentía que era muy bueno, me gustaba mucho... escuché comentarios de que ya habían llegado, los buenos y malos, y ya no soy esa persona que pensaban, o que conocían, y que ya soy... diferente, no quería que me vieran, respecto a las actitudes me niego a enfrentarlos, A enfrentar esa situación. Entonces eso me causa frustración”.

Se denota el discurso social acerca de la Imagen corporal en el contexto actual, la preocupación por el cuerpo y apariencia física.

Ante la pérdida de la fe, se explica las causas interpretando la enfermedad como un “castigo” por haber hecho algo. Tenía principios religiosos de recibir penitencia por un comportamiento inadecuado. Estas creencias restrictivas le impiden un manejo adecuado de la enfermedad y la vida:

“Antes del infarto creía en dios, después me enojé mucho con él, me preguntaba muchas cosas: “por qué a mí? Qué había hecho para que a mí me pasara? Si mis niños están bien chiquitos”...“nada, aún no encuentro la respuesta y aún no recobro la fe”...”me molesta mucho cuando me dicen que por algo me pasó, que dios hace las cosas para algo me debe servir, para qué? Si lo perdí todo, ellos lo dicen porque no les ha pasado” “me molesta que me digan que tenga fe en Dios, cómo voy a tenerla si no entiendo por qué me pasó esto”... “el dios de la iglesia al católico”.

Durante éste periodo a Marco le resultaba difícil manejar sus emociones, constantemente se mostraba con frustración, enojo e impotencia al no encontrar respuestas ante las constantes preguntas que se hacía respecto a la presencia de la enfermedad.

DESPUÉS DE LA RECUPERACIÓN

Marco recibe apoyo de su red social y logra reincorporarse al trabajo, esto le brinda la satisfacción de tener de nuevo la capacidad de ser autosuficiente e independiente, ser parte del campo laboral, al recobrar ciertas habilidades. Ante el deseo de volver al campo laboral y no perderlo, le cuesta poner límites y ser asertivo; se conduce a alguna otra situación para diluir su incomodidad, la cual se vuelve más importante que sus necesidades:

“Un amigo me avisó de un trabajo, me dijo que su hija trabajaba ahí, ya entré me interesa mucho, es integrarme otra vez a una institución laboral, y darme cuenta de cosas que estaba dejando a un lado responsabilizarme de cosas que toca hacer, me hace sentir que puedo hacer cosas y la responsabilidad de tener un trabajo y reportarle a alguien, desde que entré lo disfruto mucho la parte de integración laboral para mi es muy buena”... Con mi jefa acordamos asistir 3 días porque tengo muchas actividades: terapia física, psicológica, rehabilitación ...“ahora en otros días pone juntas que me obligan a ir no me molesta pero si dejo de hacer muchas cosas que pensaba hacer esos días y no hago nada del trabajo solo estoy presente en algo que no tengo nada que ver, me pide que vaya a juntas y digo que hago aquí”...“Ahora pesa mucho porque una parte se pase a otra y caigo en eso un trabajo como tal desde hace mucho tiempo no había tenido, te digo esa parte de tener algo es como aceptar lo otro y me di cuenta que ya no lo disfrutaba tanto y decía es que no era así” ...”y no quisiera perder este trabajo”.

Presentó Impotencia y frustración ante su dificultad para poner límites y asumir un acuerdo implícito, termina aceptando hacer cosas que no había contemplado y se frustra por no decir no ante el acuerdo implícito; termina por aceptarlo y no perder la oportunidad, es su primer trabajo formal después del EVC.

Alta médica. Su médico neurólogo lo dió de alta en febrero de 2015, debe asistir a consulta con él cada 3 meses, aprueba que Marco viva solo, y refiere que puede o no volver a pasar un evento, pero ahora ya conoce los avisos. Su rehabilitación terminó en enero 2015, logró una recuperación del 96% de avance terapéutico físico en: reflejos y

coordinación motriz derecha e izquierda. Sus terapias –lingüística, terapia fina y gruesa, de comprensión, coordinación, rapidez– las tomaba en el Centro Nacional de Rehabilitación y otras sugeridas por su terapeuta físico las realizaba en el gimnasio con ejercicios coordinando el lado derecho e izquierdo del cuerpo. Poco tiempo después del evento tenía una respuesta lenta o nula de reacción ante un estímulo, ahora en pocas ocasiones lo presenta.

4.3. Análisis integral del cuadrante de los sistemas Familiar y Sociocultural

En nuestra cultura el dinero está sexuado, de muy distintas maneras se adscribe al varón, es asociado a potencia y virilidad, casi convirtiéndose en un indicador de la identidad sexual masculina. Partiendo de esta influencia cultural vemos que, en la familia, la imagen masculina se relacionaba con las siguientes creencias: el hombre se valida a través de generar dinero, por lo tanto es el encargado de aportar a la economía de la familia, eso implica que dedica largas jornadas de trabajo y pasa desapercibida la posibilidad de enfermarse. La mujer se encarga del hogar y cuidado de los hijos, se le considera la cuidadora incluso en caso de enfermedad, puede expresar sus emociones y se le debe cuidar. Las anteriores creencias asimismo propiciaron que la labor económica se considerara de mayor importancia que la labor del cuidado del hogar, y que se encontrara normalizado el uso diferenciado y desigual del dinero. Consideraban que éste se logra a partir del esfuerzo y el trabajo.

En la familia actual de Marco, poco antes de presentarse el EVC estaban en una transición de un nivel socioeconómico de clase media a clase media alta con el apoyo del padre de Mariana. Ante la aparición de la enfermedad, en la familia nuclear se vieron afectados varios factores: el económico, el espiritual y laboral. El económico se vio perjudicado dado que uno de los proveedores familiares debió dejar el trabajo para enfrentar la enfermedad y posteriormente rehabilitarse. Al presentarse la enfermedad en la etapa donde los hijos son pequeños, se les dificultó encontrar una nueva organización en la familia nuclear, pues la prioridad yacía en satisfacer las necesidades de los hijos. Al asumir la familia de origen los gastos que incluían la rehabilitación de

Marco, se facilitó el acceso al medicamento y la atención médica privada, con el apoyo económico de los hermanos para recibir atención en el Hospital Médica Sur, y posteriormente la rehabilitación en el Instituto Nacional de Rehabilitación INR.

En lo espiritual, las creencias familiares se relacionaron con la religión católica; usualmente, la religión incluye compartir, de manera institucional, valores y creencias acerca de Dios e implica un compromiso con la comunidad religiosa. La enfermedad instó a Marco a pedir respuestas a los grandes cuestionamientos de la vida, y sentirse insatisfecho al no obtener las respuestas esperadas. Eso lo llevó a mirar a la enfermedad como un castigo o resultado de una conducta inadecuada; pero debido a que Marco se veía a sí mismo haciendo lo correcto, no encontraba explicación al padecimiento: No tomó la religión como un recurso para ayudarse en la aceptación. Vivió el retorno al campo laboral de manera progresiva, ocasionándole por periodos sentirse útil y, al mismo tiempo, poco apto. Por temor a perder el empleo, se le complicaba poner límites, entonces acabó aceptando ciertos términos que no fueron aclarados en el momento de su incorporación. La imagen de sí mismo lo orillaba a generar un patrón de relación donde cedía, se le dificultaba ser asertivo y se ponía en un lugar de menor jerarquía. Se observó que lo repetía en los diversos contextos donde se relacionaba: en la relación con Mariana, con el padre de ella, y en el trabajo.

CAPÍTULO 5. Conclusiones y propuestas de estrategias de Intervención.

5.1. Conclusiones.

A partir del trabajo realizado durante la terapia y la elaboración de la tesis, pude experimentar la importancia de nuestro cuerpo, en general y en la relación con nosotros mismos y los demás. Nosotros somos nuestro cuerpo, que está conectado con todo; es una parte la imagen total. Además del aspecto físico, las sensaciones, los sentimientos, la forma de pensar y sus significados, las formas de relacionarse, lo incluyen y son muy importantes. Con frecuencia se conciben como partes por separado, dado que nuestra mente lo separa y divide para poderse explicar. Por ello se crearon diversas ciencias, para tratar de entender lo que está pasando; realmente el cuerpo está conectado con todo, no hay fragmentación, así es y siempre lo será. El individuo es una unidad, pero también forma parte de un sistema más grande: la familia. Ésta recibe gran influencia de la cultura que la determina, a su vez forma parte de todas las naciones y de la humanidad en su totalidad. El tema de la presencia de una enfermedad crónica me parece ahora una nueva oportunidad para entender las circunstancias del paciente y de su familia. Esta posibilidad de brindar un acompañamiento terapéutico durante el periodo de crisis familiar ante la presencia de una enfermedad de tal magnitud, me permitió mirar sus significados y cómo éstos mismos se vuelven causa y, al mismo tiempo, efecto del padecimiento. Ahora comprendo la gran diferencia del trabajo terapéutico al redefinir la enfermedad como una oportunidad de comprender lo que nos dice el síntoma.

Veamos entonces desde un marco sistémico evolutivo, la comprensión del duelo familiar frente a una enfermedad crónica, está basado en las siguientes conclusiones:

La presencia de una enfermedad crónica cambiará radicalmente el curso del desarrollo familiar compartido, la familia se enfrenta a diversas pérdidas a lo largo de su evolución, por lo tanto comparten un duelo, es decir, una crisis evolutiva que se encuentra entretejida con la historia familiar y con los momentos actuales del ciclo vital. Comprendo que el duelo es una crisis tanto de apego como de identidad, el cual trastorna la estabilidad familiar en los campos interrelacionados tanto de las emociones,

las interacciones, los significados, como de los roles sociales. El duelo moviliza los recursos de la familia para manejar emociones intensas, reorganizar las interacciones cotidianas, redefinir la identidad del complejo y colaborativo *self* familiar.

Comprendo, por lo tanto, que restablecer la estabilidad y el equilibrio necesarios para asegurar la continuidad del desarrollo familiar representa la prioridad familiar al manejar la crisis de un duelo. Los recursos para nuevas y estables estructuras incluyen al individuo, al sistema familiar, la comunidad y el contexto sociocultural. El tiempo de duración del duelo familiar variará de acuerdo al grado de estrés manejado por sus integrantes y lo inesperado de las circunstancias en las que se presenta la enfermedad según el ciclo vital familiar: el balance entre estrés y soporte emocional, la naturaleza de la historia previa de la familia y la disponibilidad de prácticas culturales frente al duelo.

El duelo familiar tiene como meta restaurar el flujo y la continuidad del desarrollo familiar. Las reacciones de duelo saludables implican estrategias favorecedoras del crecimiento para restaurar la estabilidad; las patológicas, en cambio, conllevan estrategias restrictivas del crecimiento al servicio de mantener la estabilidad rígidamente, lo que interfiere con el progresivo desarrollo familiar.

5.1.1. Articulación de los 4 cuadrantes, algunos hallazgos.

En éste apartado, articulo los hallazgos obtenidos en el análisis de los diferentes cuadrantes del presente caso, para determinar la manera en éstos interactuaban en ayudar o dificultar a Marco, en afrontar la evolución de la enfermedad y elaborar el proceso de duelo. Cabe mencionar que la información base de este análisis se encuentra en el apartado de anexos, en el anexo 1.

Ante la presencia del EVC, la elaboración del duelo en Marco, fue un proceso complejo, lento y doloroso, debido a que vivió varias pérdidas simultáneamente, entre ellas la pérdida de la salud y de algunas capacidades físicas, la imagen corporal, de la familia nuclear, el trabajo y la fe.

Comprendo que para adaptarse y enfrentar la enfermedad de Marco, la familia puso en marcha mecanismos de regulación que le permitieron seguir funcionando, a causa de esto se generaron cambios en las interacciones entre sus miembros, con un propósito específico, consciente o inconsciente, que llevaron a la familia ante situaciones complejas de equilibrio y desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del integrante enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar. Veremos a continuación, los aspectos que dificultaron el avance en la recuperación de Marco:

En la familia de origen, tuvo un peso muy importante el significado de enfermedad, transmitido durante el periodo en que los hijos eran pequeños, dado que fue vista como una manera, de recibir atención y cuidados, situaciones también asumidas mientras los abuelos paternos vivieron con ellos; estos significados aunados a la aparición de la enfermedad en una edad productiva, le reflejó a Marco una imagen de debilidad de si mismo, por el hecho de volver a vivir con sus padres y asumir, de nuevo, el rol de hijo dependiente de ellos.

Al mismo tiempo, Marco vivió la enfermedad desde la mirada de la personalidad neurótica, además de su carácter narcisista, donde la imagen corporal es muy importante, y la incapacidad intolerable. La parálisis y la disminución de las habilidades motrices en la parte derecha del cuerpo, le provocó vergüenza y frustración, debido a una alteración en su esquema corporal, refiriéndome a la representación mental tanto global y específica que Marco tuvo del propio cuerpo. Ante la dificultad para manejar sus emociones, realizó conductas expiatorias, tales como evitar aliviarse, manteniendo un ciclo repetitivo del sufrimiento emocional.

Al tratar de entender la enfermedad, le atribuyó el significado de una agresión interna y externa. La interna desde la creencia de “algo que se formó en su cuerpo que lo lastimó e incapacitó”, desconociendo la causa; y ante la influencia del medio social de Marco, respecto a la imagen corporal, la práctica del deporte, la preocupación por el cuerpo y la apariencia física, su situación actual rebasó su tolerancia, entonces presentó síntomas de trastornos del sueño, y ataques de ansiedad, dificultando la elaboración de la incapacidad, y el realizar sus actividades al nivel de la capacidad

según los avances logrados en su rehabilitación física. A su vez vió la enfermedad como una agresión externa, concebida como un castigo, resultado de una conducta inadecuada, por lo cual desconocía la causa de la presencia de la enfermedad, pues Marco se veía a si mismo haciendo lo correcto, por lo tanto Marco se sintió agredido cuando la enfermedad lo sacó de forma abrupta de la vida con su familia nuclear, situación que lo confronta y le evidencia la relación de conflicto con su esposa Mariana; lo que antes de presentarse la enfermedad reprimía y prefería callar, siendo parte de los mecanismos defensivos de su forma de relacionarse. Después de la presencia del EVC, Marco asume otros mecanismos, tal como la regresión, lo que dificultaba su avance, cuando se enfrentó a situaciones desestabilizadoras, por ejemplo cuando no lograba hacer acuerdos con Mariana para poder ver a sus hijos. Durante el proceso de divorcio, al lograr establecer acuerdos claros de pasar tiempo con los niños dos veces por semana y un fin de semana cada quince días, ayudó a que se estabilizara el estado emocional de Marco, y le dio la motivación suficiente para continuar asistiendo a su rehabilitación, manteniendo el tratamiento médico.

También observé en Marco, que la dificultad para avanzar en su recuperación influyó el sistema de creencias familiar respecto a los significados acerca de la economía, donde el dinero apareció sexuado de muy distintas maneras; estaba asociado a potencia y virilidad, entendido casi como un indicador de la identidad sexual masculina. Los significados antes mencionados se reforzaron al darse la separación con su esposa, y al no buscar alguna otra relación mientras no generó dinero; lo anterior fueron elementos empíricos que evidenciaban esta sensación.

Con la enfermedad, la pérdida de algunas capacidades y un periodo largo de recuperación, le reafirmó la pérdida de confianza en sí mismo, presentó sensaciones de impotencia e incredulidad para volver a generar dinero, asociado a sus creencias respecto a la validación en su propia imagen masculina a partir de generar el dinero para mantener a la familia, relacionada con el rol de proveedor aprendido en su familia de origen, estos significados le provocaban enojo, potencia y frustración, volviendo a presentar síntomas físicos; dificultando aceptar los cuidados que su familia le

proporcionaba, para esperar con paciencia el tiempo que fuera necesario en lograr un mejor estado de salud física y emocional.

Lo anterior, también se reflejó en su dificultad, para avanzar en lograr tener una relación más sana con su padre; ésta dificultad se relacionaba con la imagen masculina que veía en su progenitor, mientras ejercía los diferentes roles: esposo, padre, proveedor, trabajador, que lo confrontaban con la imagen de sí mismo, al no verse tan eficiente como lo había hecho su padre, y ante las pérdidas vividas tanto de su salud, su familia nuclear, el trabajo, economía y fe, al presentarse la enfermedad.

Un poco sumado a los duelos previos, el de la separación con su esposa Mariana, se mantuvo con una constante dificultad para avanzar durante el proceso de elaboración, debido al enganche amoroso entre Marco y Mariana, el cual mostró la proyección del vínculo con sus padres, en sus aspectos temidos y deseables, al analizar la organización de la colusión, se observó que Marco asumió satisfacer las necesidades del programa oficial de Mariana: “satisface mis necesidades, cuídame, necesito protección”; buscaba y necesitaba satisfacer la necesidad de ser cuidado y atendido por sus padres, donde se vivió desplazado por los cuidados que requirió su hermano enfermo; lo anterior también se observó en el programa oficial de Marco: “quiero que me des atención, necesito tu apoyo, te necesito cerca de mí”, y su Mapa del mundo: “soy abandonable, me da miedo que me abandonen” y “me da miedo el apego”, necesidad que tampoco es cubierta al elegir una pareja que no puede satisfacer su necesidad, dado que los dos al nacer los hijos centran su atención en el rol parental, y cuando se presenta la enfermedad al no asumir Mariana el papel de esposa cuidadora; lo que le confirma a Marco su conflicto emocional reprimido “soy abandonable” y deja de reafirmarle a Marco su búsqueda de lograr ser un padre proveedor tan eficiente como lo fue su padre. Al presentarse la enfermedad crónica incapacitante, tensó aún más la relación de pareja, y se instaló la vivencia del sentimiento del duelo haciéndolo realmente doloroso, por la vulnerabilidad que Marco presentaba, que *tuvo que ver con la salida de los procesos de duelo previos y los que se relacionaron directamente con la enfermedad.*

Al aprender a observarse durante el proceso terapéutico, Marco se percató de la relación que había entre su estado emocional y sus síntomas físicos, y viceversa. Cuando se asumió él mismo como su propio agente de recuperación, entonces pudo reconocer que la recomendación del médico de permanecer más tiempo con sus padres era acertada, dado que aún no podía hacerse responsable de ciertos cuidados, pues en su organización no había considerado sus tiempos para la rehabilitación, trabajar y ganar el dinero suficiente para pagar un lugar donde vivir y dar la pensión alimenticia para sus hijos.

Por lo anterior considero que la aparición de la enfermedad en la familia generó una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de los miembros, llevándolos a un procesamiento de información relacionada con la enfermedad a la cual se le añadieron valores, costumbres y significados, tanto de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tuvo la familia para enfrentarla. En función de este proceso se generaron una serie de respuestas adaptativas, algunas más adecuadas a sus nuevas realidades y otras más problemáticas respecto a lo que Marco esperaba de sus familiares y de sí mismo, que produjeron crisis y conflictos con su pareja, y con sus padres.

Cuando se presenta el EVC en Marco, en la etapa evolutiva del ciclo vital que transitaba su familia de origen, los padres estaban reorganizándose para reconocerse de nuevo como una diada. El regreso de Marco provocó de nuevo la unión de los padres para atenderlo y cuidarlo, y le dió un nuevo sentido de vida a la familia. Dentro de las respuestas adaptativas que generó la familia de Marco ante la presencia de la enfermedad, se observaron las emocionales que incluyeron aspectos tales como negación al inicio, y posteriormente ira, tristeza, enojo contenido y periodos de depresión; después se ajustaron en la negociación de roles y la flexibilización en los límites, de ésta manera pudieron establecer acuerdos de apoyo respecto a los cuidados y la asistencia a la rehabilitación física de Marco; así pudieron estabilizarse. También se realizaron ajustes económicos para cubrir las necesidades de Marco en cuanto a sus consultas, medicamentos, hospitalización y para apoyarlo en la economía de su familia nuclear al aportar la pensión alimenticia para sus hijos, dada la incapacidad de Marco

para trabajar. A su vez, para mantener su continuidad y retomar la homeostasis de la familia, generaron pautas transaccionales rígidas, creando una estructura familiar en donde Marco se quedó centralizado, que lo mantuvo en una posición de dependencia tanto física, económica y emocional, varios meses después que su médico lo dió de alta, hasta llegar el momento en que Marco logró la estabilidad necesaria para dar el paso a vivir solo.

Considero que, además del procesamiento de la enfermedad por la familia y del tipo de respuesta que ésta generó, se presentaron otros factores que condicionaron el impacto de la enfermedad en la familia, los cuales describo a continuación:

Me refiero básicamente a la etapa del ciclo vital, el grado de consecuencias de las tareas propias de la etapa, y la posición de cada uno de sus miembros en sus respectivos roles. Vemos que el grado de impacto de la enfermedad en la familia nuclear y en Marco, se relaciona con encontrarse en una etapa donde los hijos son menores, por lo tanto la prioridad estaba puesta en satisfacer sus necesidades. Al presentarse la enfermedad, la familia se desestabilizó pues el proveedor dejó de trabajar para enfrentarla, el factor económico se vio afectado al designar parte del ingreso económico al cuidado y la rehabilitación de Marco, con dificultades para encontrar una nueva organización en la familia, ya que justamente estaban en la transición de hacer los ajustes, poniendo a prueba su capacidad para resolver los conflictos presentes desde la llegada del primer hijo, sumándose a la dificultad para negociar en el subsistema parental, por lo tanto la presencia de la enfermedad tensó aún más la relación de pareja, hasta concluir con la relación. De ésta manera se observó que la familia nuclear de Marco, al manejarse con mayor rigidez, tuvo mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad pues no pudo adaptarse a las nuevas condiciones de la dinámica familiar que esto implicaba.

La flexibilidad y rigidez de los roles familiares. La enfermedad crónica supone una profunda crisis familiar, a la que la familia podrá responder mejor entre más flexible sea. En la de Marco, la presencia de la enfermedad afectó la distribución de los roles, puesto que estos no pudieron negociarse, ni compartirse entre Marco y Mariana. En el caso del

rol de proveedor, realizado por Marco, estando enfermo generó un gran conflicto; lo tuvieron que asumir Mariana y, una parte la familia de origen de Marco al aportar la pensión alimenticia, hasta que lo pudo hacer Marco al retomar el trabajo. El rol de cuidador, generalmente asignado a la mujer en nuestra cultura, generó un conflicto al no asumirlo Mariana, porque implicaba el descuido de sus otras funciones, como el cuidado de sus hijos, y generar parte de la economía familiar; por lo tanto lo asume la madre de Marco. Es interesante, que cuando Mariana asume el rol de provisión y cuidado de sus hijos, elimina su rol de cuidadora de él como esposo, y logra contra todo mandato de género, delegar esa tarea a los padres de él; por una parte, porque él no iba a cuidar a sus hijos como ella si se quedaba en casa; y por otra parte, por las limitaciones reales de tipo físico, producidos por la enfermedad.

A tres años de presentar el EVC, hubo un cambio de segundo orden, donde Marco y Mariana se movieron a una jerarquía igualitaria en el rol parental; hay límites claros respecto al término de la relación de pareja y una definición clara del subsistema parental.

Contexto sociocultural familiar. Resulta difícil hablar del impacto de una enfermedad en las familias sin considerar un aspecto fundamental como el contexto sociocultural de ésta. Este conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten sus integrantes, intervienen en la evolución y el desenlace de la enfermedad. La interpretación que la familia de Marco y él mismo hicieron de este proceso, estaba influenciada por el siguiente sistema de creencias:

- La imagen masculina estaba relacionada con las siguientes creencias: el hombre se valida generando dinero, es el encargado de aportar la economía de la familia, eso implica dedicarse largas jornadas de trabajo y pasa desapercibida la posibilidad de enfermarse.
- Se encontraron roles de género tradicionales: la mujer es la encargada del hogar y cuidado de los hijos, se considera como quien debe atender incluyendo en momentos de enfermedad, ella puede expresar sus emociones y se le debe cuidar; y el rol del varón como el proveedor de la economía de la familia.

- La actividad generadora de la economía del hogar se considera de mayor importancia que a la labor del cuidado del hogar; se encuentra normalizado el uso diferenciado y desigual del dinero.

A partir de las anteriores creencias, Marco no encontraba otra forma de validar su propia imagen masculina, al buscar la manera de satisfacer su necesidad de volver a sentir que podía volver a ocupar el rol de proveedor, y de no sentirse minusválido como generador económico; en el momento donde lo primordial era rehabilitarse y atender su salud. Posteriormente, al recuperar gran parte de las habilidades motrices, recibir apoyo de su red social, y lograr reincorporarse al trabajo, le brindó una mayor seguridad en sí mismo.

Nivel socioeconómico. Sin duda no es lo mismo que la enfermedad se presente en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una familia económicamente estable. Al asumir la familia de origen de Marco los gastos para enfrentar su enfermedad, buscaron una organización para poder cubrirlos, esto ayudó a la recuperación de Marco, dado que recibe atención médica en menor tiempo y pudieron pagar su atención en el Hospital Médica Sur, además de recibir rehabilitación en el Instituto Nacional de Rehabilitación hasta recuperar el 96% de sus habilidades motrices.

Vemos, entonces, que la presencia de una enfermedad crónica también se considera un periodo de crisis, debido a su capacidad para desorganizar un sistema familiar, de la misma manera que podría hacerlo una separación, la pérdida de algún miembro familiar, el nacimiento de un hijo, etc. El desajuste puede tener diferentes intensidades las cuales, van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad.

5.1.2. La Persona del terapeuta

Y... ¿En dónde me encontraba en medio de todo esto?

Retomaré a la cibernética de segundo orden, para conocer, incluir y considerar lo ocurrido a la persona del terapeuta en el transcurso de su trabajo con el paciente con afección y con su familia.

Al mirarme en el acompañamiento terapéutico con Marco, me doy cuenta que en varias ocasiones me instó a mirar diversos aspectos relacionados con mi práctica profesional y con mi vida personal, que al mismo tiempo se entrelazan y tocan mi forma de mirar y avanzar junto a las familias, actualmente.

Reconozco que antes de estudiar el diplomado “Cuando la Enfermedad llega. Aspectos Individuales, Familiares y Psicosociales”, impartido por el grupo de CECFAM, se me dificultaba atender a personas con un diagnóstico de enfermedad crónica, por falta de conocimiento suficiente para el acompañamiento terapéutico en tales casos, y al mismo tiempo me conducía a momentos de vulnerabilidad, dado la simultánea elaboración de mi propio duelo de las pérdidas acaecidas después de la muerte de mi padre, y transitaba, junto con mi familia, la evolución de la enfermedad crónica de mi madre.

Durante el proceso atravesé por diversas situaciones, desde lograr identificar mis propias creencias frente a la salud y enfermedad, hasta tratando de ubicar aquellos significados y creencias del paciente opuestos a los míos, o similares a los que aprendí en mi familia de origen, incluso reconocer emoción y alegría cuando notaba sus avances. Me parece que me llevó un poco más de tiempo reconocer los efectos físicos generados en mi, puesto que en todas las sesiones presenté diversas emociones, en algunas ocasiones me percibí sintiendo enojo, tristeza y sensaciones de impotencia que me provocaban cansancio y pesadez física.

Me percato ahora que esta forma de trabajo terapéutico me reflejó los efectos de la presencia de las enfermedades en mi propio sistema familiar, me ayudó a enfrentar las emociones producidas por su existencia, y me llevó a conectarme con la vivencia de mis propias pérdidas. Asimismo, mis sentimientos y emociones en relación con la muerte y las pérdidas que la escoltan, me ayudaron a comprender la muerte como parte de la vida y su inevitable llegada; poder mirarlo ahora me conecta con la experiencia del duelo de la muerte de mi padre y me permitió identificar las emociones que vienen acompañadas cuando se piensa en la pérdida de otros seres amados. También creo que me llevó a tomar en cuenta mi propia vulnerabilidad y a permitirme tocar mi

sensibilidad para percibir el dolor y sus efectos en la familia, y a su vez poder comprender los diversos dolores y cómo se reflejan en las diversas formas, tanto física como emocionalmente; incluso me parece que logré un nivel de comprensión de lo que sucede en el país y en la humanidad desde esta mirada.

Además permite reflexionar acerca del trabajo terapéutico y su importancia respecto a nuestra función en el acompañamiento de las familias para encontrar formas alternas desde sus propios recursos, enfrentar y transitar la enfermedad.

A partir de estudiar el diplomado de CECFAM, y sobre todo en la elaboración de la presente tesis, me permitió utilizar mi propia experiencia de la vivencia familiar en el trabajo terapéutico a partir de este modelo de intervención, el cual considero que ha sido la herramienta adecuada para acompañar a la familia con diagnóstico de enfermedad crónica a elaborar el proceso de duelo, el reajuste de la organización y la estructura familiar, gracias a sus amplias y diversas miradas. Las limitaciones acerca del trabajo terapéutico desde este modelo de intervención implican reconocerlo como proceso de trabajo muy largo, donde se necesita que el terapeuta cuente con un espacio de supervisión, el cual le permita ser objetivo y tener claras las líneas de trabajo e intervención; del mismo modo, poseer un espacio para descargar las emociones, sentimientos y las sensaciones en el cuerpo generados a lo largo del trabajo terapéutico que implica este modelo de acompañamiento. Ahora puedo observar mi no tan necesaria demora en tratar que el paciente elaborara el duelo por la pérdida de la relación de pareja; a mi parecer, abordar otras pérdidas al mismo tiempo propiciará que el dolor y sufrimiento por ésta específica también se vaya moviendo. Creo importante acompañar el proceso en algunas ocasiones con cierto humor, esto hace que el paciente se sienta acompañado desde otro lugar y puede favorecer la risa y la expresión más libre de la alegría, así como lo hace con el enojo y la tristeza.

En la atención a los pacientes enfermos y sus familias utilicé miradas de género; si bien las estrategias propuestas son similares para uno u otro sexo, también creo que cada uno presentará creencias culturales diferentes acerca del rol de cada uno y cómo éstas influyen en la manera de vivir y enfrentar la presencia de la enfermedad. En

nuestro trabajo como terapeutas, al tratar de entender los eventos internos del paciente, tanto en el cuerpo, en lo psicológico, en lo emocional, como en su comportamiento, es imposible dejar fuera el contexto familiar y cultural de las personas que atendemos; esto, sin duda, nos remite a la mirada sistémica, que implica a su vez interesarnos en los contextos y en las creencias de las personas enfermas y en cómo su percepción de la vida se modifica conforme se enfrenta a ellas y al peso que tienen para obstaculizar o permitirle avanzar en su elaboración.

Observo que cada sesión con el paciente fue un encuentro también conmigo misma y mi sistema familiar, y cuyas experiencias están ahora incorporadas a la mía. Espero que este trabajo de investigación y las propuestas incluidas permitan a otros terapeutas acompañar a más personas con diagnóstico de enfermedad en el encuentro consigo mismos.

5.2. Propuestas de estrategias de Intervención.

A partir de la experiencia vivida durante el trabajo con el caso analizado, presento a continuación algunas sugerencias como propuestas de intervención, en la modalidad de terapia individual para pacientes con enfermedades crónicas; posteriormente incluyo una propuesta de tratamiento integral, en la modalidad de terapia familiar.

Las propongo a partir de diversos momentos, para llevar a cabo la intervención durante el transcurso de la enfermedad crónica en un adulto de edad media:

- **Al Inicio.** Este momento implica realizar una intervención en crisis ante el diagnóstico, debido al grado de incertidumbre en cuanto a un diagnóstico incierto; cuando es de certeza, éste abrumba a la persona acerca de lo que implica la enfermedad, le produce desconcierto y confusión, al presentarse la crisis, hay una pérdida de la capacidad de respuesta. La intervención en crisis apuntaría a abordar la desorganización, corresponde centrarse en el aquí y ahora respecto a lo que le está pasando. Sería un abordaje de desahogo emocional, a partir de diversos temas, y la valoración con el paciente del riesgo en el que se encuentra. Es

importante esperar los momentos del enfermo, ya que puede estar en shock, no ver ni escuchar o procesar otra información, por lo tanto habrá que escucharle acerca de cómo se siente con su situación actual. Ayuda la mirada humanista.

- **Curso medio.** La intervención estará de acuerdo al cuadro clínico, la personalidad previa, y la situación contextual. La intervención en este periodo incluye valorar las diferentes esferas. Ayuda lo narrativo para ir deconstruyendo, destruyendo y reconstruyendo las ideas, creencias y hábitos. Respecto a la personalidad previa, o sea, la respuesta y los recursos de afrontamiento dependerán y estarán en relación a la organización de la personalidad. Habría que abordar cuáles situaciones vienen a la par con la enfermedad.
 - **Fase terminal.** Definir por qué es terminal: habrá que despedirse del estilo de vida anterior; o bien, determinar cuáles son los duelos por venir.

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:

- Clarificar el motivo de consulta evidenciando la enfermedad, cuando se encuentra oculta.
- Revisar los aspectos médicos y físicos de la enfermedad y sus efectos; es decir, los síntomas, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.
- Revisar la experiencia de la enfermedad. Cuál es el significado que tiene el paciente acerca de la enfermedad
- Identificar las creencias personales y familiares respecto de la salud y enfermedad.
- Elaborar los diversos duelos que se presentan
- Desmitificar la ecuación: duelo=muerte

Sugerencias de algunos abordajes que considero de gran apoyo para el trabajo terapéutico:

- Terapia cognitivo-conductual. Realizar sesiones individuales y hacer sesiones de relajación con imaginaciones guiadas; y trabajar con el sistema de creencias.

- Terapia elaborativa. Psicodinámica. Busca además de lo manifiesto, para trabajar lo inconsciente
- Psico-educativa. Para un manejo de la información desde una perspectiva distinta de la médica
- Grupos de autoayuda. Facilita a estimular la conversación en la que se comparten experiencias
- Terapia de apoyo. Básicamente de acompañamiento.

5.3. Propuesta de Tratamiento Integral

Objetivos- Estrategias en intervenciones psicológicas:

Propuestas en el área **individual**:

- Respetar las defensas. Hay que entender la totalidad y comprender qué le pasa a la persona, no juzgar cuáles defensas son mejores o peores; su defensa puede ser útil de acuerdo al momento en el que la vive. El trabajo terapéutico implica acompañar a la persona con enfermedad crónica para permitirle remover y descargar la culpa, pues se trata de un sentimiento de efecto perturbador, que ancla y rigidiza; hay que entenderla para poder quitarla; la culpa se incrementa por la autocensura, por lo tanto hay que aceptar y favorecer la expresión de los sentimientos que considera inaceptables, para poder procesar la rabia, la venganza y la envidia, y normalizar la perspectiva de lo humano. La persona enferma se encuentra sobrecargada, se pregunta quién ha sido, quién es y quién va a ser. Habrá que apoyar a trascender la culpa hacia la responsabilidad.
- Duelo por la salud perdida. Esta pérdida circula en uno mismo pues uno mismo se la hace. Es al mismo tiempo causa y efecto. Uno se la infringe y sufre la pérdida, provoca efecto de agobio para dar un alivio del nudo ciego: entre más enojo es más dolorosa la pérdida. Esto dificulta ponerse en paz consigo mismo.
- Mantener-mejorar la comunicación. Tiene que ver con el otro. Es importante trabajar en el vínculo con los otros y en los internalizados, también hay que

referirse a los vínculos históricos pues se reactivan las relaciones primarias; con la narrativa para que lo pueda externalizar. Por ejemplo, la mirada de quién le pesa más, para identificar a la persona que representa. En lo simbólico qué le significa, para poner afuera la enfermedad. Promover una comunicación abierta y clara con la familia.

- Favorecer el sentido de agencia y el conocimiento de la enfermedad. Afrontamiento. Sacar de la persona su mejor capacidad de desafiar de manera activa; esto ayuda a dar un mejor resultado en su evolución.
- Explorar los sistemas de creencias. Esos son los que están a nivel meta: todo lo que haga y diga va a ser de acuerdo a su sistema de creencias. La exploración de su sistema va a estar mediado con el sistema del terapeuta.
- Trabajo con la imagen corporal y la autoestima. Estos aspectos se encuentran muy vulnerados, por lo tanto es importante ver el antes y después de la presencia de la enfermedad.
- Asuntos pendientes. Posiblemente, estos vienen desde antes de la enfermedad, tiene que propiciarse la resolución, sobre todo cuando se trata de enfermedades que afectan el tiempo y detonan urgencia; por ejemplo, realizar un testamento, hablar de cosas que no se han dicho, ver a personas que no se han visto, etcétera.
- Psicopatología. La ansiedad, la depresión o confusión, es difícil que no se presenten. Depende también del diagnóstico diferencial. Hay que normalizar su presencia.
- Externalizar la enfermedad.
- Resignificar la historia de vida personal y familiar con la enfermedad.
- Identificar sus fortalezas y recursos; es decir, su resiliencia.

Propuestas en el aspecto **familiar**:

- Identificación de las creencias y mitos de la familia de origen acerca de la salud y la enfermedad.
- Validar los efectos de la enfermedad en la familia.

- Identificar momentos excepcionales y activar los recursos familiares.
- Reconocer las necesidades de cada uno de los miembros de la familia.
- Identificar los patrones familiares que mantienen la enfermedad.
- Identificar y consolidar las creencias facilitadoras.
- Recomendaciones para romper el círculo del mantenimiento del trastorno.
- Facilitar sus intereses y nuevas actividades, propiciar los espacios donde puedan disfrutar.

Propuesta de tratamiento en el aspecto **social**:

- Coordinación del tratamiento terapéutico en conjunto con el médico, en el paciente enfermo y la familia.

La persona del Terapeuta:

- Identificación de las creencias del terapeuta en relación a la salud y enfermedad.
- Identificación de la relación del terapeuta con personas con enfermedad crónica.
- Trabajo de su vulnerabilidad y de las emociones que le provocan la atención terapéutica de personas con enfermedad crónica.
- Identificar los efectos físicos acontecidos.

Bibliografía

- Alexander, J.F. (1988). *Phases of family therapy process: A Framework for clinicians and researchers*. In L.C. Wynne (Ed.) *The state of the art in family therapy research*. New York: Family Process Press.
- Althaus, E. (2010). *En qué nos capacita la discapacidad. Encontrando recursos, o el dolor enseña*. Trabajo inédito .
- Althaus, E., Salceda, E. y Warn, L. (2016). *Abordaje para la atención de enfermos crónicos y su familia desde una perspectiva integrativa: modelo cecfam*. México: ILEF.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities. A postmodern approach to therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: Implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 2, 41-72.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- Bateson, G. (2006). *Una unidad sagrada*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Beutler, L.E., & Crago, M. (Eds.). (1991). *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*. Washington DC: APA.
- Botella, L. (1995). Personal construct psychology, constructivism, and postmodern thought. In R.A. Neimeyer & G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in Personal Construct Psychology* (Vol. 3). Greenwich, CN: JAI Press.
- Botella, L. y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido y J. García (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Bowlby, J. (2001). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Cancrini, L. (2007). *Océano borderline*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Castillo, L.M., Alvarado, A.T., Sánchez, M.I. (2006). Enfermedad cardiovascular en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*.
- Diamond, G.S., Serrano, A.C., Dickey, M., y Sonis, W.A. (1995). Current status of family-based outcome and process research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 6-16.
- Doane, J.A., West, K.L., Goldstein, M.J., Rodnick, E.H., y Jones, J.E. (1981). Parental communication deviance and affective style: Predictors of subsequent schizophrenia spectrum disorders in vulnerable adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 38, 685-697.
- Elkäim, M. (1986). A Systemic Approach to Couple Therapy. En: *Family Process*, Vol. XXV, N° 1. USA. pp. 35-42 (Traducción).
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., McGill, C.W., Razani, J., Moss, H.B., & Gilderman, A.M., (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: A controlled study. *New England Journal of Medicine*, 306, 1437-1440.
- Feixas, G. (1991). Del individuo al sistema: La perspectiva constructivista como marco integrador. *Revista de Psicoterapia*, 2, 91-120.
- Forman, M. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Forman, M. (2010). *A guide to integral psychotherapy*. P.cm. sony series Integral Theory.
- Gergen, K.J., (1994). *Realities and relationships*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Katchadourian, H. (1983). *Identidad genérica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Laing, R. (1998). *El yo y los otros*. México: Fondo de cultura económica.
- Lamas, M. (2000). *La construcción social de la diferencia sexual*. México: Miguel Angel Porrúa grupo editorial.

- Lemaire, J. (2003). *La pareja humana: su vida, su muerte, su estructura*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Maldonado, I. (1997). Evaluación crítica de la corriente narrativa y conceptos interrelacionados en terapia familiar. *Revista Psicología Iberoamericana*. Vol.5, No. 3.
- Manrique, R. (1996). Complejidad y libertad en las relaciones amorosas. En: *Sexo, erotismo y amor*. España: Ediciones Libertarias/Prodhufo: Cap. 4, pp. 237-267, Cap. 5, pp. 273-300 y 314-342.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis*. New York: The Guildford Press.
- Minuchin, S. (2003). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Pérez, A. (1999). *Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular*. Barcelona: Prous Science..
- Rolland, J. (2000). *Familias, Enfermedad y Discapacidad*. Barcelona: Gedisa.
- Ronald, L. (2000). *El Yo y los Otros*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sluzki, C. (1987). *Cibernética y Terapia Familiar: Un mapa mínimo*. Revista Sistemas Familiares: Asiba asociación sistémica de Buenos Aires. Año 3 No. 2.
- Umbarger, C. (1999). *Terapia familiar Estructural*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia Familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu Editores:.
- Watzlawick, P. (1985). *Teoría de la comunicación Humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Editorial Herder.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. España: Gedisa.
- White, M. (2002). *Rescribir la vida: entrevistas y ensayos*. España: Gedisa.
- Willi, J. (2002). *La pareja Humana: relación y conflicto*. Madrid: Ediciones Morata.
- Worden, J. (2004). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y Terapia*. México y Buenos Aires: Paidós.

Páginas en Internet:

- Estudio neuroepidemiológico nacional colombiano:
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/8346?locale-attribute=es>
- Norbert Wiener y el origen de la cibernética:
http://www.infoamerica.org/documentos_pdf/wiener2.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Articulación de los 4 cuadrantes, algunos hallazgos.

Cuadrante individual	cuadrante corporal
<ul style="list-style-type: none"> • Significado de enfermedad: atención y cuidados, debilidad, agresión interna y externa • Roles de género tradicionales • Presentó frustración, enojo, tristeza, culpa por pérdida de habilidad motriz y dependencia a su familia • Pérdida de confianza en sí mismo, impotencia e incredulidad para ganar dinero • Idea de separación mente-cuerpo: recuperación física 96%, en lo cognitivo se mira incapacitado. • Vínculo con su madre: apego ansioso/ambivalente • Carácter narcisista • Personalidad: nivel neurótico • Mecanismos de defensa antes EVC: represión y desplazamiento • MD durante la rehabilitación: represión, regresión y escisión del Yo 	<ul style="list-style-type: none"> • Migrañas durante adolescencia • Estrés alto • Practicaba deporte, no tomar alcohol, no fumar • Largas jornadas de trabajo • Depresión reactiva • parálisis y la disminución de las habilidades motrices en la parte derecha del cuerpo • alteración en su esquema corporal • pérdidas simultáneas: la salud y algunas capacidades físicas, la imagen corporal, la familia nuclear, el trabajo y fe • dificultad en identificar el estrés y su personalidad narcisista dificultó el manejo de sus emociones enfrentándose constantemente a la frustración • Al no tolerar lo que estaba viviendo, presentó síntomas: Trastornos del sueño, y ataques de ansiedad. • Conductas expiatorias, tales como evitar aliviarse, evitar curarse. • Percibe que sus emociones tienen efecto en sus síntomas físicos • Puede percibir lo que le esta pasando a su cuerpo en relación con sus emociones, • Asume la importancia de estar pendiente de lo que le pasa físicamente • Las habilidades motrices tuvieron una recuperación máxima del 96%

Cuadrante familiar	Cuadrante social-cultural
<p style="text-align: center;">Nuclear</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presencia de la enfermedad tensó aún más la relación de pareja • Mariana no asume el papel de cuidadora • Programa oficial de Marco: “quiero que me des atención, necesito tu apoyo, te necesito cerca de mí” • Mapa del mundo de Marco: “soy abandonable, me da miedo que me abandonen” y “me da miedo el apego” • Mariana presenta características de personalidad histérica con ciertos procesos defensivos primarios • Programa oficial de Mariana: “satisface mis necesidades, cuídame, necesito protección” • Mapa del mundo de Mariana: “me da miedo crecer, es mejor ser hija que esposa” • Límites rígidos en el subsistema conyugal. • Dificultad para ajustarse a la llegada del primer hijo, esto se sumó a la dificultad para negociar en el subsistema parental y generó una triangulación del niño entre los conflictos de los padres. • La estructura familiar: unidad familiar de frontera abierta, el subsistema parental se caracterizó por un involucramiento de la madre con su propio padre, quien a la vez mantuvo distanciamiento con el esposo de su hija, lo que se relaciona con el distanciamiento entre los cónyuges, así mismo se observó una frontera abierta entre 	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia cultural: Rol de padre proveedor • Creencia de anteponer las necesidades de los demás a las suyas • No atenderse médicamente de manera preventiva • creencias respecto a la validación en su propia imagen masculina a partir de generar el dinero para mantener a la familia. • Médico detecta en Marco un riesgo al darle prioridad en lo económico a las necesidades familiares y dejar en segundo lugar a su salud. • Marco presenta influencia social acerca de la Imagen corporal en el contexto actual, la preocupación por el cuerpo y apariencia física. • Marco Recibe apoyo de su red social y logra reincorporarse al trabajo • En el trabajo le cuesta poner límites y ser asertivo • Médico neurólogo lo dio de alta en febrero 2015, debe asistir a consulta con él cada 3 meses, aprueba que Marco viva solo. • sistema de creencias de la familia de origen de Marco: el dinero aparece sexuado, de muy distintas maneras se adscribe al varón, y es asociado a potencia y virilidad, convirtiéndose casi en un indicador de la identidad sexual masculina. • la imagen masculina estaba relacionada con las siguientes creencias: el hombre se valida generando dinero, es el encargado de aportar la economía de la familia, eso

padres e hijos.

- A tres años de presentar el EVC, cambio de 2do. Orden: jerarquía igualitaria, límites claros al término de la relación de pareja y definición subsistema parental

DE ORIGEN

- Etapa del ciclo vital familiar: la salida de los hijos y seguir adelante
- Proceso emocional en transición: aceptar las constantes salidas y entradas al sistema familiar.
- los padres reorganizándose al reconocerse de nuevo como una diada
- Infancia de Marco: Triada desviadora-asistidora entre los padres y 3er. Hijo
- Marco realiza funciones de hijo parental.
- Marco se siente excluido, vínculo lejano con su padre
- creencias de género: hijas buenas-hombres malos, “esposas malas, hijos buenos”
- el regreso de Marco provocó de nuevo la unión de los padres, y le dio un nuevo sentido de vida a la familia
- Tipo de familia aglutinada, con límites difusos entre los subsistemas donde sus integrantes tienden a estar sobreinvolucrados, y con una frontera cerrada hacia el exterior del sistema familiar.
- Estructura familiar en donde Marco se quedó centralizado, en posición de dependencia física, económica y emocionalmente.
- una unidad familiar de frontera hacia el exterior rígida y cerrada,

implica que dedica largas jornadas de trabajo y pasa desapercibido que pueda enfermarse.

- La mujer es la encargada del hogar y cuidado de los hijos, ella es la que se considera que debe cuidar incluyendo en momentos de enfermedad, es quien puede expresar sus emociones y se le debe cuidar.
- la actividad que genera la economía del hogar es considerada de mayor importancia, que a la labor del cuidado del hogar y se encuentra normalizado el uso diferenciado y desigual del dinero.
- En la familia actual de Marco, estaban en una transición de un nivel socioeconómico de clase media a clase media alta.
- Con el EVC, el factor económico se vio afectado al designar parte del ingreso económico al cuidado y rehabilitación de Marco, los desestabilizó ya que uno de los proveedores familiares dejó de trabajar para enfrentar la enfermedad y posteriormente rehabilitarse.
- Al presentarse la enfermedad en la etapa donde los hijos son pequeños, dificultó encontrar una nueva organización en la familia nuclear ya que la prioridad estaba puesta en satisfacer las necesidades de los hijos
- En lo espiritual las creencias familiares estaban relacionadas con la religión católica.
- La enfermedad llevó a Marco a pedir respuestas a los grandes cuestionamientos de la vida, y a sentirse insatisfecho al no obtener las respuestas que esperaba, vio

<p>en el que el subsistema parental está constituido por una madre que sostiene una alianza franca con el padre y a su vez con Marco, quien la alianza entre él y el padre es difusa y débil, y con una frontera abierta con el resto de los hermanos.</p>	<p>la enfermedad como un castigo siendo el resultado de una conducta inadecuada, y debido a que Marco se veía a si mismo haciendo lo correcto, no encontraba respuesta a la presencia de la enfermedad, la religión no la tomó como un recurso para ayudarse en la aceptación.</p>
--	--

Anexo 2

Cuadrantes

INDIVIDUAL

Mes/año	T= terapeuta	CATEGORÍA	TEXTO DEL VIDEO	ANÁLISIS
ANTES DEL EVC		<p>NIVEL COGNOSCITIVO: Lo que le pasa adentro de la persona con enfermedad, acerca de sus pensamientos, emociones, percepciones, sensaciones y estados mentales del paciente en relación a su vivencia de salud/enfermedad y el ciclo de vida del paciente. Sistema de creencias generales ante la enfermedad</p>	<p><i>“trabajaba todo el día, no conocía el negocio de la panadería pero tenía que hacerlo me comprometí a pagar al papá de Mariana el préstamo para comprar la casa”...“yo crecí con esa teoría de que, estás haciendo un patrimonio, no te fijas, si es mucho de ella o mucho tuyo, pero a final de cuentas, es una familia, así crecí yo, en un principio le decía a Mariana, estamos empezando, vamos a hacer patrimonio juntos, sin decir, yo soy el que aporto, tu eres la que está en la casa, no, porque eso no se vale, no se puede decir es que yo trabajo y tu nada más estas en la casa”...“salía muy temprano de casa a las 6am para llegar a abrir la panadería y volvía a casa a las 11pm aparte del tráfico y también por no conocer el negocio y me sentía con un compromiso muy grande con el papá de Mariana él</i></p>	<p>Marco no se percata del nivel de estrés en el que se encontraba, hacía largas jornadas de trabajo, la presión económica había aumentado debido al cambio de estilo de vida y la entrada de los hijos al ámbito escolar Presenta creencias de género respecto al rol tradicionalista que cree le corresponde al hombre y la mujer. se pueden detectar algunas de las creencias restrictivas que lo llevaron al estrés: asumir una carga excesiva de trabajo para ir conociendo el negocio, no descansar lo suficiente, llevarse a un punto donde pone en riesgo su salud, buscar tener una mejor imagen frente a su esposa y</p>

			<p><i>había confiado en mí y yo no quería defraudarlo”... “además sus otros hijos no le daban importancia a ese tipo de trabajo yo quería quedar bien con él y aprovecharlo estaba agradecido”... “tenía que demostrarle que podía hacerlo tanto a Mariana como a su papá”</i></p>	<p>suegro, ante la necesidad de ser aprobado, reconocido y aceptado.</p>
DURANTE LA REHABILITACIÓN	<p>Terapeuta: ¿tu escuchas lo que dicen o te imaginas lo que van a decir?</p>	DUELO	<p><i>“antes era más sociable, ahora me aíslan y me aíslan, creo que me pobretean y minimizan, creo que sólo van a hablar de mi enfermedad si hablo con ellos, mejor lo evito”... “El fin de semana me invitaron a jugar futbol, y yo antes, yo sentía que era muy bueno, me gustaba mucho, y fui, uno sólo una persona de ellas sabe lo que me pasó, y los demás no. Y, este, entonces, escuché comentarios de que ya habían llegado, buenos o malos, y este, y así como que esta situación de que ya no soy esa persona que pensaban, o que conocían, y que ya soy... diferente respecto a actitudes, como que me niego a enfrentarlos, A enfrentar esa situación. Entonces</i></p>	<p>La situación de incapacidad le afectó en la seguridad en sí mismo con respecto a la imagen física y depender de otros durante la rehabilitación le afectó en la imagen que tenía de sí mismo, entonces proyecta en los demás lo que supone que pudieran pensar de él, por lo tanto tiende al aislamiento de sus iguales cuando siente que los otros lo miran diferente, dado que teme sentirse rechazado por los demás sobre todo frente a las personas que lo conocen desde antes de presentarse la enfermedad.</p>

	<p>T: Qué es ser miserable para tí?</p> <p>T: Y cómo lo sueles hacer?.</p> <p>T: qué haces con ese coraje?</p>		<p><i>eso me causa...Es lo que yo pienso Porque como no lo saben bien lo que me pasó...ese día, por ejemplo, sí fui, ya no quise cambiar. Me hice el lesionado. Pero yo sabía que no iba a jugar como ellos; pierdo el equilibrio, no tengo los mismos reflejos del lado derecho, me conflictúa mucho..."yo sé que, esa diferencia de tener un problema o esa diferencia de sentirme diferente, si soy consciente y por lo mismo, es porque trato de calmarme, si soy como más consciente de lo que ahora me pasa y antes no pasaba, hoy en día siento que si deja secuelas y si hay algo que me saca de balance y aunque yo sea consciente de quererme calmar, pues no puedo, empiezo a hablar mal, yo mismo me siento como más inquieto, cosas que no quisiera que pasaran, y que pasan"</i></p> <p><i>Madre: Antes era muy deportista, iba al gimnasio, a trabajar"</i></p> <p><i>"cuando regreso a casa después de</i></p>	<p>Presenta dificultad para aceptar lo que ahora no puede hacer y para modificar su estilo de vida, Se mira no siendo el mismo de antes, por la pérdida de la capacidad física en correr, pierde el equilibrio, dificultad en el reflejo del lado derecho, en este periodo se instala en mirar sólo las pérdidas.</p> <p>Aún presentaba dificultad para retomar el deporte desde la capacidad con la entonces contaba haciendo las actividades a su ritmo o practicando otra actividad</p> <p>La creencia de género en su rol de proveedor lo lleva a no asumir la responsabilidad de mantener el tratamiento y poner en riesgo su salud</p> <p>Hay una Identificación de las diversas pérdidas que vive a partir del EVC y el sufrimiento que conlleva</p> <p>Presenta creencias restrictivas</p>
--	--	--	--	--

			<p><i>estar internado, dejé de tomar el medicamento para darle el dinero a Mariana porque no tenía ingresos y no podía trabajar y no quería que ella se enojara”... Madre: “Cuando Marco salió del hospital se fue a vivir con su familia pero no estaba tomando la medicina y tuvo hemorragias muy fuertes”.</i></p> <p><i>“Quizá cuando a mí me pasó lo del infarto jamás pensé en las consecuencias que iba a tener lo que había perdido... te duele más lo que pierdes... me dolió perder mi matrimonio, mi salud, mi economía”... “el infarto me cambió totalmente la vida... Por ahora reconozco que tuve pérdidas en lo familiar, física, emocional, económica y la fe”.</i></p> <p><i>“la vida me estuvo enfrentando”...“me siento miserable”... “es alguien que no gana dinero ni para sí... “no sé creo no soy derrotado ni exitoso estoy en medio, recordar que fui exitoso me espanta que era y no estoy convencido</i></p>	<p>relacionadas con encontrarse en la vida ante una lucha.</p> <p>La culpa se incrementa por la autocensura, a definirse como quien ha sido, quien es y quien va a ser, estas creencias restrictivas le disminuyen la posibilidad de encontrar alternativas para la resolución de sus problemas, e incrementan y mantienen el sufrimiento emocional. Presenta impotencia, frustración y enojo contenidos ante la pérdida de algunas capacidades con que contaba previo al EVC</p> <p>Refleja la forma de respuesta para enfrentar el conflicto psicológico y el manejo de sus emociones ante la situación actual de incapacidad y enfermedad que no puede demostrar y lo controla por temor al efecto frente a los demás: pareja, familia, amigos, etc.</p>
--	--	--	---	---

			<p><i>de que lo fui y ahora soy este"... "A mí no me gusta sentirme así como en el limbo, no?., Que no sé ni en dónde estoy parado, si en el cielo o en el infierno, no, no sé, para mí eso es malo"</i></p> <p><i>"todo lo que he hecho a partir de mi infarto trato de hacer todo a mí me causa mucho más esfuerzo de lo que ven y me he sentido como estancado, aunque podré hacer muchas cosas, siento que hago las cosas al 50%, y no hago las cosas que debía hacer".</i></p> <p><i>"antes del infarto era muy tolerante, ahora no soporto nada ahora no controlo mi reacción hasta me pregunto por qué, creo que es a partir del infarto... la tolerancia cambió en mí a lo mejor nada tiene que ver el infarto tal vez físicamente y emocionalmente, siempre estoy enojado porque no he entendido la situación"... "cuando voy manejando me enoja con el que se me atraviesa, con el que me gana el lugar, con el semáforo...lo peor es que nada no sé</i></p>	<p>Durante éste periodo del duelo presentó enojo, tristeza, impotencia, frustración y dolor, lo desplaza hacia no poder vivir solo y tener que continuar con dependencia y cuidado de sus padres</p> <p>La experiencia de Marco ante la enfermedad: Marco vive la enfermedad orgánica como una agresión interna y externa lo que implica el sufrimiento físico y emocional, como efecto de la enfermedad tiene ciertas limitaciones y restricciones por lo que ahora requiere ciertos cuidados que son necesarios, presenta entonces sentimientos de culpa, frustración y enojo.</p>
--	--	--	--	--

			<p>qué hacer”... “sigo viviendo con mis papás porque no tengo a donde irme, antes me fui de casa a los 18 años, creí que al entrar a trabajar se despertaría mi ambición, no sé a qué se debe si es por el infarto o me afectó mi divorcio pero me siento miserable... que no tengo un peso en la bolsa, tener una ambición en algo en lo espiritual, emocional, no me siento motivado, todo me da igual ya no quiero ser así”...</p>	
<p>PERIODO POSTERIOR A LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE</p>		<p>DUELO</p>	<p>“mi infarto, a pesar de que ya tiene dos años y he tomado terapias y rehabilitaciones y todo eso, como que ahorita soy más consciente de lo que era, de lo que pasó y lo que estaba en juego. Que a pesar de todo lo que he hecho, hay cosas que no he podido superar”... “Me siento más triste de lo normal, como que soy más consciente y entonces eso me lleva a sentirme más triste”.... “vivir mi infarto fue muy desagradable porque cambiaron muchas cosas en mi vida emocionalmente y físicamente lo he ido</p>	<p>Se encuentra viviendo simultáneamente varios duelos: por la salud perdida, la incapacidad, cambio en su imagen física, la pérdida de la familia nuclear, el trabajo, presenta desesperación e impotencia, inquietud y desesperación prolongadas: síntomas del duelo, ante 5 tipo de pérdidas: familiar, física, emocional, económica y fe. El dolor de la pérdida se mantiene en sí mismo, es causa y efecto; se infringe dolor con</p>

		<p>TIPO DE APEGO</p> <p>CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD</p>	<p><i>superando ahora estoy mucho mejor que hace 3 años, he tenido que superar y manejar muchas cosas, que poco a poco voy superando”</i></p> <p><i>“ahora quisiera activarme y salir de la zona de confort donde estoy, de la casa de mis padres, los cuidados que tienen conmigo ya me angustian me tratan como alguien que no puede, creo que yo sería diferente si ya pudiera vivir solo”</i></p> <p><i>“lo que no entiendo y me da miedo después de que viví el infarto, es estar consciente de lo que era y lo que soy, esa diferencia me da miedo... el evento no sé cómo aceptarlo, no sé cómo es, me angustia no sé cómo aceptar y conformarme con así voy a ser de ahora en adelante, tengo conciencia de lo que una vez fui y ahora es terror para mi”... “yo sé lo que puedo hacer y no puedo hacer para mi aceptarlo es muy triste, no poder hacer cosas que antes las hacía, no logro conformarme no logro aceptar”</i></p>	<p>los pensamientos repetitivos y sufre la pérdida, lo cual provoca efecto de agobio para dar un alivio del nudo ciego, ante más enojo hay más pérdida. Le es difícil ponerse en paz consigo mismo</p> <p>Presenta creencias restrictivas que le dificultan aceptar que aún requiere ciertos cuidados como prevención por prescripción médica, sin que eso le impida en algunos aspectos ser independiente</p> <p>Presenta una alteración en su imagen, se mira siendo otro a partir del evento. Presenta una idea de separación entre mente y cuerpo, en el sentido de que no coincide en cómo se mira a sí mismo y con lo que proyecta su imagen física: físicamente ha recuperado al 96% su capacidad motriz, en el lenguaje sólo se percibe cierto tartamudeo; y en lo cognitivo se mira aún como alguien incapacitado.</p> <p>Negación de la</p>
--	--	---	---	---

			<p><i>“Por eso un día le dije a Mariana “tuvo que pasar lo del infarto para que yo me diera cuenta”, creo que algún día le dije, porque sí lo asumí de esa manera, digo, qué difícil es que tuvo que pasar eso para que yo supiera con quién estaba casado”.</i></p>	<p>realidad de la pérdida de la pareja. Ante la separación de la pareja estuvo presentando ansiedad de separación, esperanza y anhelo ante la posibilidad de recuperar la relación, ambivalencia y dolor que le dificultaba aceptar que no pudieran estar juntos y la posibilidad de que la separación fuera definitiva El tipo de relación que entabla con esposa es con un vínculo de tipo apego ansioso, ambivalente. Presenta ciertos síntomas característicos de un funcionamiento de la personalidad en un nivel neurótico, presenta la ansiedad que resulta de un conflicto entre un deseo y un temor inconsciente, dicha amenaza es decir la anticipación de la ansiedad no se hace consciente presentando los patrones</p>
--	--	--	--	--

				<p>inconscientes automáticos de conducta resultado de la dificultad de expresión debido a sus mecanismos de defensa. Como se revisó en el marco teórico referente a la teoría del apego, y a lo anterior observo que marco presenta el tipo de apego ansioso o ambivalente, que produce un tipo de personalidad narcisista.</p>
--	--	--	--	---

CORPORAL

PERIODO	TERAPEUTA	CATEGORIA	TEXTO DEL VIDEO	ANALISIS
ANTES DEL EVC	<p>¿Con que frecuencia tenías la migraña? ¿Y estuviste en tratamiento?</p>	<p>Aspectos relacionados al ello objetivo; es decir al cuerpo físico, incluye todo aquello que pueda verse, tocarse, observarse con instrumentos científicos.</p> <p>ANTECEDENTES DE SÍNTOMAS FÍSICOS</p>	<p><i>“Antes padecía mucho de migraña, Antes de padecer el infarto. M: Del izquierdo, si, y fueron de los primeros escenarios de los que me hicieron estudios, y bueno el doctor me dijo que no venía el infarto derivado de eso, pero curiosamente, después de ese evento, me ha dado dos veces. Me daban desde que tenía como quince años.</i></p> <p><i>“Me canse de buscar una solución y como mi mamá y dos de mis hermanos también padecían migraña, como que fue como raro”</i></p> <p><i>“Antes era muy activo, deportista, practicaba futbol soccer, atletismo, iba al gimnasio, a trabajar”... “antes de la enfermedad me sentía muy seguro de mi imagen porque hacía mucho ejercicio, nunca antes me imaginé que pudiera pasarme era muy sano, no fumaba, no tomaba”... antes de casarme en realidad era seguro</i></p>	<p>Antes de presentar la enfermedad: Marco presentaba periodos de fuertes dolores de cabeza, básicamente migraña desde la adolescencia, no estuvo en tratamiento únicamente los calmaba con analgésicos No tenía la enseñanza de atenderse médicamente ante síntomas no considerados graves, ni como medida preventiva.</p> <p>La forma de cuidar su salud ha sido por medio del deporte, no tomar alcohol ni fumar, le permitió al mismo tiempo mantener una imagen y seguridad en sí mismo</p> <p>Marco practicó el futbol soccer durante la adolescencia, se veía a si mismo en el futuro haciéndolo profesionalmente, debido a una fractura en la pierna derecha después de</p>

			<p><i>de mí y notaba que gustaba a las chicas”</i> <i>“durante 3-4 años intenté varias opciones de negocio donde no logré capitalizarme, no me percaté que pudiera tener estrés, sólo estaba acostumbrado a tener largas jornadas de trabajo”</i></p>	<p>varios intentos de continuar jugando sin tener avances en la total recuperación debe dejarlo definitivamente por la lesión, vive un duelo situación que no superó.</p>
DURANTE LA REHABILITACIÓN		EFFECTOS FÍSICOS DE LA ENFERMEDAD	<p><i>“El EVC fue en el 2011 a las 7am estando en casa con esposa e hijos mientras me bañaba, estuve en terapia intensiva durante 10 días inconsciente, y 7 días consciente internado total 27 días en el hospital Médica Sur, 4 días antes de que me den de alta inicio rehabilitación de terapia física en el hospital.</i> <i>Al darme de alta me recetan:</i> <i>anticoagulante lipitor y xarento.</i> <i>2 días después de alta del hospital inicio terapia lingüística en el Instituto Nacional de Rehabilitación(INR), lo llevaban sus padres. Mariana se encargaba de los niños y del negocio”.</i></p> <p><i>“después del evento tuve parálisis del lado derecho del</i></p>	<p>Las dificultades corporales que resultan del EVC, son parálisis del lado derecho del cuerpo y dificultad en el lenguaje, Marco dejó de practicar el deporte debido a la dificultad motriz y para hacer la rehabilitación bajo la supervisión médica. Disminuyó su actividad recreativa evitando socializar con los amigos para que no vean la incapacidad que presenta. Después de la hospitalización y al encontrarse ya viviendo con sus padres, presenta ataques de ansiedad, que lo llevan a requerir tomar medicamento y asistir a terapia psicológica</p>

		<p><i>cuerpo, no podía mantenerme de pie, no podía comer sólo, me daba trabajo hablar, con la rehabilitación poco a poco empecé a tener movilidad"... "sí fui al fútbol con los amigos de antes, y este, ya no quise cambiar. Me hice el lesionado. Pero yo sabía que no iba a jugar como ellos; pierdo el equilibrio, no tengo los mismos reflejos del lado derecho. o sea, me conflictúa mucho"... "recién saliendo del hospital seguía dependiendo de que alguien me ayudara a comer y moverme, mi cara y cuerpo por la parálisis era muy diferente no quería verme en el espejo"... "con la terapia física fui recuperando poco a poco el movimiento estabilidad"</i></p> <p><i>"después del evento he tenido 6 ataques de ansiedad, tengo miedo a estar solo, pienso qué hubiera sido de mi si al tener el infarto hubiera estado solo"</i></p> <p><i>"tengo 2 semanas que estoy teniendo un retroceso en la habilidad motriz, ya no me dan cita en el INR y me está</i></p>	<p>Presentó dificultad en los patrones del sueño, teniendo insomnio por las noches y durmiendo alrededor de 4 horas, durante el día evitaba dormir para tratar de regular los periodos de sueño-vigilia, terminando por dormir debido al cansancio y a los dolores de cabeza sino lo hacía; refiere percatarse que la falta de sueño le afecta en la habilidad motriz de la mano derecha.</p> <p>no percibe si presenta estrés o no, presenta cansancio sin embargo no se recupera debido al insomnio</p> <p>Los síntomas que presenta le provocan preocupación y ansiedad que lo llevan de nuevo al círculo repetitivo de permanencia de síntomas físicos y emocionales.</p> <p>Presenta inseguridad, vergüenza y culpa por su aspecto físico, tiende a aislarse y eso dificulta mirar</p>
--	--	---	---

			<p>costando más trabajo algunos ejercicios que fui avanzando, armar el lego, escribir, leer, escuchar... me ha estado costando trabajo dormir eso me está afectando en lo motriz el médico me dijo que no tiene que ver, me preguntó que si me duele la cabeza, si se me seca la boca que si me siento muy cansado, tomo mis medicamentos, del estrés no se supongo que no"...</p> <p>"ahora tengo que hacer los ejercicios a diferentes horas para que mi cuerpo se acostumbre a tener movimiento, no me da sueño hasta las 3 o 4 am, me despierto a las 9am y después me siento muy cansado con mucho sueño y me pongo muy de malas siento que no estoy tolerante, todo me desespera"</p> <p>"la parálisis me afectó en mi seguridad física, ahora no me siento seguro y el tartamudeo sobre todo con las personas que me conocen de antes del evento y se dan cuenta como hablo"</p>	y aceptar las capacidades con que ahora cuenta.
POSTERIOR A LA RECUPERACION	¿Cuáles son		"ahora requiero más esfuerzo físico y	Las habilidades

	<p>los síntomas que vives con la migraña? Cuáles son los efectos en ti?</p> <p>T: y qué piensas que tienes? Qué notas que te sucede?</p> <p>T: Cómo relacionas el dolor de cabeza con la enfermedad?</p>	<p>SÍNTOMAS FÍSICOS</p>	<p><i>mental, todo es más lento”</i> <i>“la semana pasada tuve dolor de cabeza, entonces, yo tengo que evitar que me duela la cabeza, y cuando me empieza a doler me tomo una pastilla y se me quita, pero antier me tomé la pastilla y no se me quitó. Como que arrastro la lengua, siento la boca muy seca, y siento que la lengua la tengo hinchada, y me siento así como mareado”</i> <i>“tiene un mes que todos los días me duele la cabeza. Todos los días. “Mira, la verdad es que no me detengo a pensar nada; sí me da miedo. Digo, ha de ser por algo... me preocupa un poco porque nunca me había dolido la cabeza tanto tiempo, ni tan seguido, Ni siquiera después del evento”</i> M: yo pensé que el infarto podía de ser de eso y el doctor me dijo que no, me hizo tomografías, estudios y no...“<i>el médico me dijo que me había afectado en un líquido que segrega el cerebro que ayuda a estar más tranquilo pero que no requiere que tome medicamento,</i></p>	<p>motrices tuvieron una recuperación máxima del 96% de acuerdo al médico neurólogo conforme a los últimos estudios que le realizaron, dicho avance en la vida cotidiana le permitió retomar el ejercicio, tal como el atletismo, estando consciente que debe realizarlo al nivel de rendimiento con que ahora cuenta</p> <p>La presencia de síntomas físicos, como el dolor de cabeza, le causó temor, preocupación y ansiedad, situación que desencadena estados emocionales y conductas, que le provocan sufrimiento y estar manteniendo el dolor, dado que él asociaba la enfermedad con el padecimiento de la migraña. Es en éste periodo donde puede percibir lo que le está pasando a su cuerpo y asume la importancia de estar pendiente</p>
--	--	--------------------------------	--	--

			<p><i>y que yo tengo que hacer terapia y hacer ejercicios mentales para estar bien</i></p> <p><i>“el doctor me dice que en lo único que le falta saber si tengo avance o no es en lo sexual pero como no he tenido relaciones desde que pasó el evento, no puede valorar esa área, me dice que busque una novia para saber cómo funcionará mi cuerpo”</i></p> <p><i>“los medicamentos que sigo tomando son: Xarelto, Lipitor y aspirina</i></p>	<p>de lo que le pasa físicamente, para atenderse de manera preventiva ante cualquier señal.</p> <p>El avance en su recuperación en habilidades motrices llegó al 97%, de acuerdo al médico es el mayor avance que se ha registrado, el único aspecto que desconoce su avance es el sexual.</p> <p>En este periodo poco a poco fue caminando hacia la aceptación de las pérdidas y fue buscando alternativas para adaptarse a sus capacidades</p> <p>Vivir la situación estresante del asalto se reflejó en la dificultad en el lenguaje</p>
--	--	--	---	---

FAMILIAR

Mes/año	T= terapeuta	CATEGORÍA	TEXTO DEL VIDEO	ANÁLISIS
Antes del EVC	<p>T: tu decides que ella sea quien tome las decisiones y eso tiene una consecuencia... hay un patrón de darle a Mariana un lugar que tú quieres darle. Tiene que ver con una incertidumbre con cualquier cosa que suceda en tu entorno tú decides no tener una participación activa, decides desde una participación pasiva y te lleva a no ser visto.</p>	<p>Incluye el “nosotros intersubjetivo”; es decir la parte interna relacional, para mirar lo que sucede en la pareja y familia de origen a partir de valores compartidos, el lenguaje y sus significados.</p> <p>FAMILIA NUCLEAR</p> <p>SUBSISTEMA CONYUGAL</p>	<p>“A los 3 meses de conocernos me fui a vivir con Mariana, después se dio el embarazo antes de casarnos, al nacer Santiago ella se enfrió conmigo, se estrechó la relación entre mi hijo y yo ante la falta de atención de ella hacia mí, ella era cercana al niño y yo al niño, a veces yo me dormía con él y ella no decía nada”... “Después de nacer nuestra 2da. Hija Mariana quería que compráramos una casa y yo le decía que no alcanzaba el dinero, entonces ella le pidió prestado a su papá para comprarla, me molesté con ella pero quise hablar con él y yo asumir el préstamo”... “Mariana me dijo que con su 1er. esposo no quiso tener hijos, no le gustó para padre y conmigo</p>	<p>El ciclo vital familiar: La familia con hijos menores. Proceso emocional de la transición y aceptación de nuevos miembros dentro de la familia. Cambios de 2do. Orden en el estatus familiar necesarios para la continuación del desarrollo: a) ajuste del sistema familiar para dar cabida a los hijos, b) aceptación del papel de padres c) realineación de las relaciones con la familia extensa para incluir los papeles de padres y abuelos. En la familia nuclear de Marco se observaron, límites rígidos en el subsistema conyugal donde se presentaron conflictos con dificultades a</p>

	<p>T: Y con el paso del tiempo, cuando Santiago se convierta en un adulto, y le pudiéramos preguntar acerca de su papá, ¿qué te gustaría que él dijera de ti?</p>	<p>SUBSISTEMA PARENTAL</p>	<p><i>sí eso me hacía sentir grande, importante para ella”... “en mi forma de ser, yo no acepto eso, yo no creo que así se construya una familia, un patrimonio, yo tengo una idea, ella tiene la decisión, que para mí es una zona de confort, por qué diría, ay que fácil que te lo den, que fácil que te den, un suéter, pues aquí esta, pero si tú tienes frío y necesitas un suéter, a lo mejor trabajas muy duro para y ella siempre fue del lado de sus padres, ah que quieres un coche, ahí está el coche, ah que quieres una casa, ahí está la casa, y yo estando casado con ella, a mí siempre me molesto, siempre desde que estaba casado, desde que nos cambiamos, recuerdo que yo fui con mi suegro y le dije sabe que, a mí préstemelo, le firmo lo que sea,</i></p>	<p>buscar alternativas de solución, posteriormente hay dificultad para ajustarse a la llegada del hijo, esto se sumó a la dificultad para negociar en el subsistema parental y genera una triangulación del niño entre los conflictos de los padres. De acuerdo a Minuchin, las familias que incrementan la rigidez de sus pautas de transacción y de sus fronteras como reacción frente al estrés, sin explorar alternativas o son renuentes a hacerlo, presentan ciertas patologías, entre ellas la triangulación.</p> <p>Se presenta una coalición entre Mariana y su padre,</p>
--	---	-----------------------------------	--	---

		<p>yo se lo voy a pagar, pero sabe que, es mi casa, quiero que Mariana entienda que es nuestra casa.</p> <p>M: yo crecí con esa teoría de que, estás haciendo un patrimonio, no te fijas, si es mucho de ella, mucho tuyo, pero a final de cuentas, es una familia, así crecí yo, yo en un principio le decía a Mariana, estamos empezando, vamos a hacer patrimonio juntos, sin decir, yo soy el que apporto, tu eres la que está en la casa, no, porque eso no se vale, no se puede decir es que yo trabajo y tu nada más estas en la casa.</p> <p>“Dejaba que Mariana decidiera muchas cosas pero no era por el simple hecho de que no quisiera decidir sino porque tal vez ella hubiera hecho su voluntad en</p>	<p>donde Marco no tiene un lugar en la toma de decisiones, Mariana presenta dificultad para hacer alianza con su esposo, no asume el papel de pareja que hace acuerdos con Marco, continúa asumiendo el rol de hija donde pide que su padre cubra sus necesidades. Marco asume que tenían una organización tradicional que aprendió en su familia de origen: padre provee y madre se hace cargo de los hijos, éste tipo de organización sólo se realizó por periodos en la relación con Mariana durante el primer año de cada uno de los hijos, dado que ella administraba una de las panaderías de su padre.</p> <p>CICLO VITAL: Familia con hijos en edad escolar, antes</p>
--	--	--	--

		<p><i>muchas cosas... siempre sentí que esperar que ella tomara la decisión también era parte de mi responsabilidad que yo dejara que ella tomara la decisión nunca pensé ese es tu rollo Ella estaría más inconforme si yo hubiera dicho lo vamos hacer así defendía mucho su decisión, buscaba como justificar por qué había hecho eso aunque hubieran quedado mal las cosas”</i></p> <p><i>“estando casado con Mariana, nunca fui una persona que le devolvía la moneda, a pesar de que había muchas cosas que no me convencían...er an tres o cuatro años que venían pasando situaciones, que raro sería que después de que me dio el infarto estuviera ahí, eso sí para mí sería raro, pero no quieres aceptarlo, no te digo que no</i></p>	<p>del evento el niño ya había iniciado escuela.</p> <p>Marco identifica que desde antes del evento ya habían situaciones que le molestaban respecto de su lugar en el subsistema conyugal, realidad que no aceptaba antes, que no llenó sus expectativas y después del infarto lo siguiente sería más de lo mismo.</p> <p>Los dos asumen esa posición, el acuerdo implícito es que ella tome las decisiones. La mayor jerarquía la tiene ella. Marco elige ser él el inconforme y no ella. Se queda en posición de no ser visto. También le sucede en el trabajo, como pareja, con su familia de origen. Identifica que su rol de padre,</p>
--	--	--	---

			<p><i>actué que no esté dispuesto”.</i></p> <p><i>“ojalá mi hijo no sea como yo con mi papá, las cosas que hacía mi papá conmigo Yo las hago con Santiago. O sea, yo le veo las uñas largas, ahorita que me salí de casa, Y a mí no me gusta verlo con las uñas largas, mi papá a mí no me metía a bañar si no me ponía chanclas, y yo ahorita con Santiago, así soy”.</i></p> <p><i>“No, pues que dijera “todo eso he querido de mi papá”, lo recuerdo como buen papá así, “mi papá juega conmigo, este, me daba de desayunar, de cenar...”</i></p>	<p>lo aprendió de su relación con su propio padre.</p> <p>No identifica la causa de su propio alejamiento emocional hacia su padre.</p>
<p>POSTERIOR AL EVC. DURANTE LA REHABILITACIÓN</p>	<p>T. ya estas divorciado? En las audiencias del divorcio cómo te sentiste?.</p> <p>T: Si ella no hubiera propuesto el</p>	<p><i>Divorcio abril 2013</i></p>	<p><i>“Ella me dijo, después de que me dio el infarto, la primera vez que nos peleamos que fue la razón por la que yo me salí, me dio una cachetada y me dijo “oye, por qué no mejor te moriste?”. Eso, para mí fue lo que más me</i></p>	<p>Después del EVC regresa a su casa con familia nuclear, tiempo después su esposa no asume el rol de cuidadora, deja de tomar el medicamento por la presión de que no estaba trabajando y no</p>

	<p>divorcio, tú lo hubieras propuesto? T: Qué de lo que ella hizo convenció para el divorcio? T: Qué fue lo que te dolió más? T: Y ahora que ya estás divorciado, cómo estás emocionalmente?</p> <p>T: Estás en otra etapa. te escucho enojado. Tienes mucho de que estar enojado.</p>		<p><i>dolió. Porque tal vez puedes escucharlo de cualquier persona, pero de la persona que quieres, que no lo esperas, este, sí te duele mucho. Más en ese momento. Es algo que yo no puedo superar. Y ya hasta después yo lo cuestioné y me dijo “ay, es que estaba muy enojada”. Le dije, yo ni aunque estuviera enojado te diría eso.</i></p> <p><i>“cuando nos presentamos a firmar el divorcio, me dolió porque sí la vi así muy entera, muy decidida, aunque yo también lo estaba, pero, vaya! Esperas que haya un sentimiento de culpa, de nostalgia, de que sabes que es necesario, pero no lo quieres y tiene que ser así, y dices, “bueno, pues, no hay otro camino”, lo entiendes, este, pero, así como</i></p>	<p>generaba dinero para los gastos familiares. Presenta sentimiento de abandono y enojo hacia esposa, al no acompañarlo durante la enfermedad. Dolor que tampoco le permitió querer continuar la relación. El dolor lo hizo verla en contra de él.</p> <p>No sentirse reconocido y valorado por ella, ni a él como persona ni a su amor. Fase de negación y aislamiento.</p> <p>Dolor, frustración y dificultad para aceptar que desconoce la causa de la separación, que él no llenara las expectativas de Mariana.</p> <p>No poder poner en palabras que desde antes era posible que</p>
--	---	--	--	--

		<p><i>“ay, ya, qué bueno que está pasando!”, pues tampoco, yo sigo pensando que no estaba con una mala persona, y no porque yo estaba casado con ella, sino porque quieres pensar cuando estás con una mala persona”</i></p> <p><i>“yo me di cuenta de muchas cosas que me impedían, a pesar del dolor, pues que yo no quería, cuando firmé el divorcio, creo me dolía, y me dolía el 90% por mis hijos, pero no como pareja, así de “estoy dejando al amor de mi vida”, no, ya no pensaba tanto en ella como mujer, como mi pareja, sino, aunque no lo crean, el 90% de mi ansiedad, de mi tristeza, era asumir esa situación de que, quizá firmando el divorcio y todas las consecuencias que vaya a haber, piensas en tus hijos, para bien o para</i></p>	<p>ella no estuviera satisfecha con él.</p> <p>Negación de realidad de problemas de pareja. Dolor por mirar que Mariana no pudo aceptar atenderlo y acompañarlo durante la rehabilitación, dado que su creencia es que la pareja se acompaña en las situaciones difíciles “en las buenas y en las malas”</p> <p>La presencia de la enfermedad tensó aún más la relación de pareja, al decidir la esposa no asumir el papel de cuidadora, no percatarse del nivel de gravedad y riesgo de la enfermedad, esperar que Marco continuara aportando la parte</p>
--	--	--	---

		<p><i>mal. Y pues quieres estar ahí, y no estaba ahí, y no podía hablar con ellos porque son chiquitos, y no podía hacerles entender las cosas. Por eso me conmovía tanto, no, no otra cosa.</i></p> <p><i>“¿Qué hice mal? o ¿qué faltó hacer?, no sé, y mucho de esto es porque no encontraba una razón, entonces si lo viera, ¿se habrá enamorado de otro? ¿O llego otro en su vida?, no sé, te duele, pero entiendes que es eso, pero no encontrar una razón es más doloroso”</i></p> <p><i>“De hecho, cuando yo me salí de mi casa, a pesar de que no era lo que yo quería, tenía un motivo, me estaba saliendo una porque me corrió, otra porque me pegó, porque me insultó, porque estaba pasando por una situación de mi infarto, hubo muchas cosas por las que yo</i></p>	<p>económica que le correspondía; hay desilusión y dolor dado que no se cumple la expectativa que él esperaba de su esposa</p> <p>Durante el divorcio, logra hacer acuerdos con Mariana de poder ver a sus hijos 2 veces por semana, y 2 fines de semana al mes. Éste acuerdo le ayudó a tener un nuevo sentido de vida, ayudó a su estado de emocional, mantenerse más estable y tener la motivación para retomar un trabajo estable.</p>
--	--	---	--

			<p>me decidí salir, emocionalmente fue muy fuerte, me sentía más apoyado por mi papá, por mis hermanos, que por ella... yo la veo y sé que yo no hubiera podido olvidar todo eso como para reconciliarnos, o haber perdonado, yo siento que no había una razón porque yo estaba con alguien que creía contaba con ella”</p> <p>P: Todo el daño que me hizo: Dejar que no viera a los niños, inventar muchas razones, no estar conmigo cuando más la necesite... Todo eso como que desgastó el que yo... Yo estaba muy enamorado de ella. Y ya cuando me pidió el divorcio, no es que no estuviera enamorado de ella, pero ya la veía con mucho coraje, Yo la veía y decía nunca la traté mal y nunca fui grosero con ella, fui respetuoso,</p>	
--	--	--	--	--

			<i>pero yo sentía mucho enojo no sólo por el divorcio, desde antes del divorcio”</i>	
DESPUES DE LA RECUPERACIÓN	<p>T. Ahorita dijiste que todo eso te llevó a mirar que te sentías más apoyado por tu familia que por ella</p> <p>T: Es que no hubo apoyo por ella. O sea, quien te apoyó fue tu papá.</p>		<p><i>“Por eso un día le dije “tuvo que pasar lo del infarto para que yo me diera cuenta”, creo que algún día te dije, porque sí lo asumí de esa manera, digo, qué difícil es que tuvo que pasar eso para que yo supiera con quién estaba casado. Qué difícil que tuvo que haber pasado eso para yo darme cuenta realmente quién era. Entonces, desde ahí, esa parte es muy dolorosa. Por eso, yo siempre lo he dicho: aunque ella me hubiere dado muchos mensajes de que era “lo mejor”, no lo creía... P: Esa es una razón que a mí me hizo saber que no tenía que regresar con ella. no había fundamentos para yo luchar por regresar. Yo sabía...qué hacía?.</i></p>	<p>Reconocimiento de que la relación con esposa era difícil continuarla después del EVC dado que ella no estaba dispuesta a asumir el rol de cuidadora.</p> <p>Dificultad en el subsistema parental también la mayor jerarquía la asume la madre y él participa al no confiar en su percepción y en la toma de decisiones. Presenta inseguridad, indecisión y culpa. Presenta indecisión, culpa y temor a que lo que él decida no resulte correcto. Creencia de que la dificultad para ponerse de acuerdo respecto de los hijos es a partir de la separación.</p>

			<p><i>Convencerla a pesar de que no me hubiera apoyado, seguir queriéndola a pesar de que no me estaba apoyando?, no,. Yo hubiera solicitado la demanda, por qué?. Porque pues ya nada me ligaba a ella. Emocionalmente , yo podía haberla querido mucho”.</i></p> <p><i>“Santiago se cayó estando con su mamá y se fracturó el brazo lo llevó ella sola al doctor porque según no me encontré, el lunes que llegue ya lo vi así, ayer lo llevamos a una segunda opinión lo llevé yo y Mariana, ese Dr. dijo que él lo operaría los dos no sabemos qué hacer, vimos a otro doctor y dijo que podría dejarlo así u operar...me quedo qué hago un doctor dice que si otro dice que no y te quedas a medias, no sabes qué decidir si dices</i></p> <p>La dificultad estaba presente desde antes de presentarse el evento. No reconoce que juntos o separados el acuerdo implícito es que en las decisiones ella es quien las asume y él apoya la decisión de ella.</p> <p>Después de reconocer que aceptar las invitaciones de Mariana a pasar tiempo con ellos lo confunde, lo ilusiona y al mismo tiempo lastima, decide que únicamente tendrá una relación con ella de padres y sólo pasar tiempo con los hijos, se plantea límites a si mismo de no aceptar las invitaciones a pasar tiempo juntos los 4 dado que lo confunde e ilusiona. Va dando mayor</p>
--	--	--	---

			<p><i>que si y el niño queda mal sientes que es tu culpa, si lo haces y el niño no lo necesitaba, realmente no sabes, es muy difícil</i></p> <p><i>P: "cuando no estás bien con tu pareja esa situación se complica por ella dice una cosa y tú piensas otra, el hecho de estar separados la diferencia va ser peor es como un no saber porque no es garantía si vives junto con ella o no vives con ella...no sabes... si estás bien con ella o vives con ella piensas que vas a llegar más rápido a una decisión negocias o se complican o no las cosas pero estas con ella eso piensas que tú que se da la decisión yo lo siento pero cuando estas separado para mi es más difícil y no entiendo por qué si puede ser igual de difícil viviendo con ella, la situación es que</i></p>	<p>importancia a sus decisiones, a lo que él quiere y necesita, comienza a ser asertivo, a 3 años de haber presentado el EVC su programa oficial de Marco siendo éste la petición explícita que le hace a Mariana es "quiero que me des atención, necesito tu apoyo, te necesito cerca de mi" ésta petición se observa desde antes del EVC donde Mariana no satisface su necesidad de atención a partir de que nace su primer hijo y Marco se siente desplazado, hasta que se percata del nivel de importancia que él tenía para ella al no sentirse apoyado durante el transcurso de la enfermedad. Este programa oficial está en discordancia con su mapa del mundo "soy</p>
--	--	--	--	--

		<p><i>como no vives con ella te lleva a eso que puede ser más difícil, entras al mismo círculo de indecisión”</i></p> <p><i>“hace cuatro semanas que empecé a poner límites, a veces sentía quería tener un acercamiento conmigo, que fuéramos amigos, que pensáramos que no había pasado nada, y a mí se me había caído el mundo encima, para mí era muy doloroso, tenía mucho coraje, ella quería minimizar lo que había pasado, y yo lo veía así de grande, entonces fue poner límites hablé con Mariana para protección mía, y dije esta situación no puede estar así, porque una cosa es lo que ella quiere y una cosa es lo que yo quiero. Si no puede ser, pues yo mismo trato de protegerme, y está funcionando, de que ella</i></p>	<p><i>abandonable” debido al tipo de apego ambivalente que creó con su madre y ser cuidado por una nodriza dada la enfermedad de su hermano mayor inmediato, “me da miedo que me abandonen” y “me da miedo el apego” al permanecer en distanciamiento con Mariana y en la relación con su padre, y que también se observa en sus constantes salidas y regresos con su familia de origen. En Mariana se observa su programa oficial “satisface mis necesidades, cuidame, necesito protección” petición que Marco si realiza, corroborando el mapa del mundo de Marco quedándose en una posición de no ser visto, donde Mariana no pudo asumir ser su</i></p>
--	--	--	---

			<p><i>entienda que no es lo que ella dice sino también lo que yo digo, Sí ha funcionado mucho”.</i></p>	<p>cuidadora debido a que desde su esquema no sabe cuidar a quien espera que la cuide ya que su mapa del mundo es “me da miedo crecer, es mejor ser hija que esposa”. Estos son los tipos de reacción acerca del juego inconsciente en el que se encontraron atrapados, es decir la colusión a partir de la cual se eligen como pareja ante una problemática individual no resuelta</p>
ANTES DE EVC		<p><u>FAMILIA DE ORIGEN</u></p>	<p>Marco. <i>“Yo no tengo las demostraciones de cariño como las que mi madre y hermano mayor tienen le dice mocito, lo persigna”... “Entre mi hermano mayor Gustavo y yo hay diferencia de 1 año, por enfermedades de él necesitaba muchos cuidados, él era pequeño, por sugerencia de</i></p>	<p>Presenta creencias en relación a la enfermedad que aprendió desde la infancia: la enfermedad es una manera de tener cuidados y atención, al mismo tiempo es signo de debilidad. ante esta situación crea una imagen de sí mismo: primero esta alguien antes que él, debido a que</p>

	<p>T: qué mirabas en la relación de tus padres?</p>		<p><i>mi abuela tuvo nodriza yo crecí rápido y después me decían cuida a tu hermano, tu sabes cuidarte, él no, eso me daba libertad y seguridad, pero también me enojaba”</i></p> <p><i>“Mi papá me molesta, entonces yo trato de controlarme. Me voy tranquilo.... me molesta y no sé por qué...desde que tengo uso de razón, yo recuerdo que siempre he sido así, como que siempre ha habido esa distancia...veo a mis hermanos que llegan, y se le cuelgan, y se ponen a ver la tele con mi papá, y le cuentan cosas... Yo nunca yo no puedo llegar y contarle mis cosas. No puedo, creo que nunca, lo he hecho”...”créeme, yo estoy así con él, viendo la tele, y no aguanto, no puedo. Aunque, el hecho de que yo esté con él</i></p>	<p>es más fuerte debe cuidar a alguien más, mamá no está totalmente disponible para él, no puede expresar sus emociones y necesidades dado que es fuerte y debe darle prioridad a otro que es débil.</p> <p>De acuerdo a la teoría expuesta en el marco teórico de acuerdo a Umbarger, desde la infancia y adolescencia se presenta una triada desviadora-asistidora entre los padres e hijo Gustavo, que muestra la manera en que los padres desvían sus conflictos definiendo al hijo enfermo, uniéndose para su cuidado y sobreprotección. Los padres pedían a Marco que asumiera el rol de hijo parental al exigirle una responsabilidad de cuidador del hermano mayor inmediato, es a partir de ésta</p>
--	---	--	--	---

			<p>es como el pretexto que quiero agarrar para irme de ahí"... Siempre ha habido buena comunicación y tengo buenos sentimientos, buenos recuerdos de mi papá... "mi mamá y papá se encargaban de nosotros, nunca vi que ellos se pelearan... sé que había sido muy trabajador, muy responsable, este, muy fiel. obvio no te puedo decir porque no sé, pero dentro de lo que sé y de lo que veo, ha sido muy respetuoso con mi madre, en eso siento que yo soy así. Te digo, no sé si tuvo ahí sus cosas, pero yo nunca los vi... un día le pregunte a mamá oye, por qué te fijaste en él? Y fue cuando me platicó.... Y entonces yo voltee y dije "entonces se casaron por mi hermano?" o sea, por el mayor"</p>	<p>situación que Marco se siente excluido y sin derecho a ser mirado, aceptado y reconocido, sin poder disfrutar del cuidado de sus padres, con dificultad para tener un vínculo cercano con su padre.</p>
--	--	--	--	--

<p>DURANTE LA REHABILITACIÓN</p>	<p>Sesión conjunta con la madre de Marco</p> <p>T: lo describes como si mágicamente pasara, no es mágicamente que tengas un rechazo a tu papá. Algo que</p>	<p>SUBSISTEMA PARENTAL</p>	<p><i>“Estoy acostumbrado a sus lágrimas de mi mamá, Te das cuenta de que el sentimiento que siento por sus hijos es muy grande, lo ves aunque no llore... es un tipo de educación sin ser educación...me da risa porque ya no somos niños”</i></p> <p><i>Madre de Marco: “No me querían decir cómo estaba la gravedad del problema de Marco, pero al entrar a verlo me di cuenta sin que me dijeran le pedí a Dios que se valiera por él mismo... mi esposo es más fuerte solo dice pídele a Dios... está al pendiente de ellos ahora no se duerme sino ha llegado Marco... su papá es el que se encarga de cerrar la casa”...</i></p> <p><i>“A Marco le hablo con cariño, le digo tonche desde niño, trayéndole la fruta que a él le gusta, que su</i></p>	<p>Quando Marco regresa a vivir con los padres, la atención de los padres está puesta en él se organizan para cuidarlo, por lo tanto Marco se encuentra al servicio de mantener unida a la pareja. Recibe atención y cuidado de su madre en sus necesidades básicas de alimento y escucha, recibe contención, apoyo moral y económico de su familia de origen, entre todos se organizan para atenderlo, cuentan con una nueva organización familiar donde Marco se queda centralizado, y le da un sentido de vida a la familia, situación que lo pone en dependencia tanto física, económica y emocionalmente. se observa en la relación de Marco con las mujeres de la familia, hay</p>
---	---	-----------------------------------	--	--

	<p>miras en él te refleja a ti, que te checa y entonces te provoca algo, tal vez no lo has detectado.</p> <p>T: En qué crees que te pareces a tu papá en tu papel como esposo?</p> <p>T: qué recuerdas que hacía contigo tu papá?</p> <p>T: y qué haces como él siendo papá?</p>		<p><i>ropa siempre este limpia, atendiéndolo, lo escucho cuando tiene ganas de hablar...“él no puede desvelarse, cuando llega ya lo veo y estoy tranquila o llega a comer veo que está bien... él era un hombre muy deportista... le doy gracias a dios porque se vale por él mismo”... M: “mi hijo Felipe es quien nos une, les dice a todos que nos reunamos a comer los domingos en casa, yo cocino... entre los hermanos se hablan por teléfono no sé nada de ti cómo estas”.</i></p> <p><i>M: “mi hermana Sofía es quien apoyó en mi divorcio, ella estaba muy enojada con Mariana e intentó ser dura con ella y yo le pedí que le bajara yo le pedí negociar y ser justo y mi hermana lo respetó”... mi hermana Consuelo es</i></p>	<p>connotaciones de cuidado y protección, de la madre recibe cuidado en sus necesidades de alimentación y cuidado en casa, de las hermanas recibe apoyo moral, y participan en su toma de decisiones</p> <p>Hay creencias familiares de género: hijas buenas-hombres malos, “esposas malas, hijos buenos”, por lo tanto los buenos son los de la familia y los demás son malos.</p> <p>Desde ésta creencia las relaciones de pareja de los hijos se dificultan dado que la expectativa es que la persona que se elige sea como lo conocido en la familia.</p> <p>Presenta dificultad para mejorar la relación con su padre, le ocasiona sufrimiento cuando él se</p>
--	--	--	---	--

		<p><i>celosa todo se le hacía poco”</i></p> <p>Madre de Marco: <i>“mi hijo Marco y mis otros hijos son muy buenos, les tocaron mujeres que los maltratan”</i></p> <p>Marco: <i>“mi papá dice que hay que cuidar a mis hermanas porque quién sabe que tipo de hombre les toque”</i></p> <p><i>“Con mi papá siento una reacción negativa al estar con él, no me gusta estar con él. O sea, puede ser muy atento, me quiere mucho y todo, pero no estoy con él más de diez minutos, he intentado estar más tiempo con él y me cuesta mucho trabajo termino por irme”...”él siempre ha estado ahí, yo soy el que no quiere estar ahí, soy el que siento como rechazo, porque él no, y a mi no me gusta ser así con él, obviamente no me gustaría que</i></p>	<p>mira con su hijo y como si fuera un castigo que el vínculo con su padre después se repita en la relación con su hijo.</p> <p>La dificultad que presentaba Marco para avanzar en la terapia respecto a su relación con su padre se debió a que la figura de su padre le reflejaba su propia imagen como hombre ejerciendo los diferentes roles: esposo, padre, proveedor, trabajador y le dificultaba mirarse no siendo tan eficiente como lo había hecho su padre, con los logros familiares que tenía, y él no lograba aún haciendo todo lo que le había aprendido en el rol de esposo y padre; por lo tanto proyectaba en su padre el enojo y frustración a si mismo, ante la pérdida de la</p>
--	--	--	--

			<p><i>Santiago tuviera esa sensación, yo no encuentro una razón por la que deba ser así con mi papá, y tampoco siento una razón por la que Santiago pudiera ser así conmigo”...</i></p> <p><i>...“a veces he pensado que hago las cosas como mi papá con mi mamá, yo veía que se acompañaban</i></p> <p><i>“ojalá mi hijo no sea como yo con mi papá, las cosas que hacía mi papá conmigo Yo las hago con Santiago. O sea, yo le veo las uñas largas, ahorita que me salí de casa, Y a mí no me gusta verlo con las uñas largas, mi papá a mí no me metía a bañar si no me ponía chanclas, y yo ahorita con Santiago, así soy”</i></p>	<p>posibilidad de llegar a mirarse como lo miraba a él y continuar en la posición de no sentirse reconocido y aprobado.</p>
<p>DESPUÉS DE LA RECUPERACIÓN</p>	<p>T: ¿qué crees que sería diferente si vivieras sólo?</p>		<p><i>“ya quiero vivir sólo, ya no depender de mis padres tanto cuidado ya me molesta y me angustia, me tratan como alguien que no puede, creo que sería</i></p>	<p>El nivel de recuperación física que ha logrado le genera seguridad en sí mismo dándole posibilidad de querer vivir solo buscando</p>

			<p><i>diferente”...“creo que ahora ya sólo el 50% es lo que necesito y el 80% de lo que me dan me hace más daño que beneficio, entonces sólo podría sentirme más seguro de mí”</i></p> <p><i>“Mis papás son de esos papás, sí son muy atentos contigo, pero nunca encuentras esa separación. Hoy en día, bueno, aunque son muy conscientes de los hijos, o de su cuidado y esas cosas, yo entiendo todo lo que hicieron mis papás por mí, que entienden que tú puedes ser así y te siguen tratando igual, como te trata a ti, como trata al mayor, como trata al menor, nunca había una diferencia”</i></p>	<p>opciones para asumir la responsabilidad de cuidarse a si mismo y ser independiente. Se presenta un patrón de relación familiar que mantiene a los hijos en una situación de dependencia emocional hacia los padres. Marco lo interpreta de manera inconsciente como un mensaje de indefensión y dificultad para defender sus necesidades</p>
		HISTORIA DE ENFERMEDADES FAMILIARES		<p>Diabetes de la madre. Presión alta del padre. Hace 9 años.</p>

SOCIAL/ CULTURAL

PERIODO	T= terapeuta	CATEGORÍA	TEXTO DEL VIDEO	ANÁLISIS
ANTES DEL EVC		<p>Otros sistemas, redes de apoyo, cultura, aspectos tecno-económicos, gobierno, ecosistemas, los diversos sistemas. Discurso sociocultural sostenido por la memoria histórica. Incluye: Ideologías, creencias, valores, modelos perceptivos, instituciones, la lengua. Interpretación de la enfermedad a un nivel mayor, con la inclusión de las fuerzas económicas, políticas y sociales.</p> <p>INFLUENCIA CULTURAL</p>	<p>“estaba en sociedad con una pareja de amigos con quienes teníamos un despacho, los ingresos habían bajado y quería hacer algo yo solo... después tuve una imprenta y hubo buenos clientes”...”tuve que dejarlo también cuando se compró la casa para administrar una de las panaderías del papá de Mariana aunque yo desconocía el negocio”...”así creo que debe ser la familia debe apoyarse para seguir creciendo aunque en la familia de Mariana hay desunión, ella es la más cercana a sus padres”</p> <p><i>“no me di cuenta de que tenía estrés, sólo trabajaba todo el día, no conocía el negocio de la panadería pero tenía que hacerlo me comprometí a pagar al papá de Mariana el préstamo para comprar la casa”</i></p> <p><i>“salía muy temprano de casa a las 6am para</i></p>	<p>La necesidad de tener una mayor economía y ante la frustración de no haber podido capitalizarse en los anteriores trabajos lo lleva a cambiar de giro en el negocio. Las creencias relacionadas con el rol de padre proveedor e imagen masculina de su padre, influencia recibida a partir del rol tradicional del padre que se encuentra en la cultura mexicana, donde se asume que es quien se encarga de la economía del hogar. Marco para sentirse satisfecho con lo que pudiera darle a su familia lo lleva a asumir la responsabilidad del préstamo económico por parte del padre de Mariana, y</p>

			<p><i>llegar a abrir la panadería y volvía a casa a las 11pm aparte del tráfico y también por no conocer el negocio y me sentía con un compromiso muy grande con el papá de Mariana él había confiado en mí y yo no quería defraudarlo”... “además sus otros hijos no le daban importancia a ese tipo de trabajo yo quería quedar bien con él y aprovecharlo estaba agradecido”... “tení a que demostrarle que podía hacerlo tanto a Mariana como a su papá” “cuando regreso a casa después de estar internado, dejé de tomar el medicamento para darle el dinero a Mariana porque no tenía ingresos y no podía trabajar y no quería que ella se enojara”</i></p>	<p>la presión a sí mismo ante la necesidad de ser mirado, para lograr aceptación frente a su suegro y esposa, situación que lo lleva a largas jornadas de trabajo donde vive estrés sin darse cuenta poniendo en riesgo su salud. Las creencias relacionadas con su responsabilidad de padre donde en orden de prioridad están los hijos, esposa y después él mismo, lo lleva a no mirarse, no atenderse, ni de manera preventiva, aun cuando ya presentó una enfermedad crónica, se pone en riesgo al dejar de comprar su medicamento y dar ese dinero. Patrón que se repite en su forma de relacionarse en los diferentes sistemas: primero están las necesidades de los demás,</p>
--	--	--	---	---

				pasa desapercibido sus necesidades físicas y emocionales de autocuidado
DURANTE LA REHABILITACIÓN		REFERENCIAS MÉDICAS	<p><i>“2 días después de alta del hospital inicié terapia lingüística en el Instituto Nacional de Rehabilitación(INR) , me llevaban mis padres, Mariana se encargaba de los niños y del negocio”...“La responsabilidad y hablar con los doctores se hicieron cargo mis hermanos (Felipe y Sofía) y Mariana, creo que mis hermanos respetaban las decisiones que tomaba Mariana”...“mi neurólogo fue quien le habló a mis padres para decirles que no estaba tomando el medicamento y</i></p>	<p>Su médico detecta el riesgo en el que se estaba poniendo al darle prioridad en lo económico a las necesidades familiares y dejar en segundo lugar a su salud</p> <p>Irresponsabilidad en asumir el tratamiento y ponerse en riesgo de presentar otro EVC</p> <p>La presión social le dificulta a Marco ya que tenía una imagen de sí</p>
		INFLUENCIA		

			<p><i>conocían, y que ya soy... diferente, respecto a actitudes me niego a enfrentarlos, a enfrentar esa situación, entonces eso me causa frustración”</i></p> <p>“Antes del infarto creía en Dios, después me enojé mucho con él, me preguntaba muchas cosas: “por qué a mi? Qué había hecho para que a mí me pasara? Si mis niños están bien chiquitos “nada, aún no encuentro la respuesta y aún no recobro la fe”...”me molesta mucho cuando me dicen que por algo me pasó, que Dios hace las cosas para algo me debe servir, para qué? Si lo perdí todo, ellos lo dicen porque no les ha pasado”... “el Dios de la iglesia al católico”</p>	<p>ante las pérdidas después del evento, la manera en que se explica es ver a la enfermedad como un “castigo” por haber hecho algo.</p> <p>Creencias religiosas respecto a la presencia de la enfermedad: recibir un castigo por un comportamiento o inadecuado, sin embargo como se mira a si mismo haciendo lo correcto no encuentra respuesta a la presencia de la enfermedad, la religión no la mira como un recurso para la aceptación.</p> <p>Estas creencias restrictivas le impiden un manejo adecuado de la enfermedad y la vida. La religión incluye compartir, usualmente de manera institucional valores y creencias acerca de Dios e implica un</p>
--	--	--	--	--

				compromiso con la comunidad religiosa. La presencia de la enfermedad lo lleva a pedir respuestas a los grandes cuestionamientos de la vida.
DESPUÉS DE LA RECUPERACIÓN		INCORPORACIÓN AL TRABAJO	<i>“Un amigo me avisó de un trabajo, me dijo que su hija trabajaba ahí, ya entré me interesa mucho, es integrarme otra vez a una institución laboral, y darme cuenta de cosas que estaba dejando a un lado responsabilizarme de cosas que toca hacer, me hace sentir que puedo hacer cosas y la responsabilidad de tener un trabajo y reportarle a alguien, desde que entré lo disfruto mucho la parte de integración laboral para mi es muy buena”... Con mi jefa acordamos asistir 3 días</i>	Recibe apoyo de su red social. Le brinda satisfacción de tener de nuevo la capacidad de ser autosuficiente e independiente, ser parte del campo laboral al recobrar ciertas capacidades. Ante el deseo de volver al campo laboral y no perderlo, le cuesta poner límites y ser asertivo; se va llevando a una situación que va diluyendo su incomodidad y lo del otro se vuelve más

		ALTA MÉDICA	<p><i>porque tengo muchas actividades: terapia física, psicológica, rehabilitación ...“ahora en otros días pone juntas que me obligan a ir no me molesta pero si dejo de hacer muchas cosas que pensaba hacer esos días y no hago nada del trabajo solo estoy presente en algo que no tengo nada que ver, me pide que vaya a juntas y digo que hago aquí...Ahora pesa mucho porque una parte se pase a otra y caigo en eso un trabajo como tal desde hace mucho tiempo no había tenido, te digo esa parte de tener algo es como aceptar lo otro y me di cuenta que ya no lo disfrutaba tanto y decía “es que no era así” ...y no quisiera perder este trabajo”.</i></p>	<p>importante que sus necesidades. Presenta Impotencia y frustración ante su dificultad para poner límites y asumir un acuerdo implícito, termina aceptando hacer cosas que no había contemplado y se frustra por no decir no ante el acuerdo implícito. Acepta para no perder la oportunidad, es el primer trabajo formal después del evento.</p> <p>El médico neurólogo aprueba que Marco viva solo, puede o no volver a pasar un evento, ahora ya conoce los avisos.</p> <p>Lo dio de alta en febrero 2015, debe asistir a consulta con él cada 3 meses. Su rehabilitación terminó en enero 2015, Logró recuperación del 92% de</p>
--	--	--------------------	---	--

				<p>avance terapéutico físico en: reflejos y coordinación motriz derecha izquierda.</p> <p>Sus terapias: lingüística, terapia fina y gruesa, de comprensión, coordinación, rapidez. Las tomaba en el Centro Nacional de Rehabilitación y otras en gimnasio con ejercicios coordinando el lado derecho e izquierdo del cuerpo.</p> <p>Recién vivido el evento, tenía una respuesta lenta o nula de reacción ante un estímulo, ahora en pocas ocasiones lo presenta.</p>
--	--	--	--	---