

**RELACION ENTRE LA CONSTRUCCION DE SIGNIFICADOS QUE DA LA
FAMILIA A LA LIMITACION FISICA CON EL PROCESO DE REHABILITACION
DEL PACIENTE**

MARTHA CRISTINA BALLEEN

**DIRECTOR:
ERNESTO MARTÍN**

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

NOVIEMBRE DEL 2000

“Le doy gracias a Dios por permitirme recorrer este hermoso camino de la vida, rodeada de personas maravillosas que me han enseñado a dar lo mejor de mí, mis padres, mis hermanos y mi novio, y otras tantas personas especiales. A todos ellos les agradezco infinitamente sus valiosas lecciones de amor y sabiduría”

TABLA DE CONTENIDOS

Título, 4
Resumen, 4
Introducción, 4
Marco Conceptual, 9
Planteamiento del problema, 39
Objetivos, 39
Justificación, 40
Método, 42
Método de entrevista, 44
Métodos de Evaluación Constructivista, 47
Técnica de rejilla, 48
Técnica de caracterización familiar o de pareja, 52
Muestra, 53
Resultados, 54
Sesiones Realizadas, 55
Historias Clínicas de cada paciente, 57
Presentación y Análisis de las Caracterizaciones, 62
Presentación y Análisis de las Rejillas, 73
Matrices de Interpretación, 79
Discusión, 85
Referencias, 88
Anexo, 90

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características epistemológicas entre el enfoque objetivista y el constructivista en psicología, 22

Tabla 2. Características que diferencian la investigación cualitativa de la cuantitativa, 42

Tabla 3. Esquema de tipos de pregunta según la intervención sistémica, 46

RELACION ENTRE LA CONSTRUCCION DE SIGNIFICADOS QUE DA LA FAMILIA A LA LIMITACION FISICA CON EL PROCESO DE REHABILITACION DEL PACIENTE

Martha Cristina Ballén Durán, Ernesto Martín*

Resumen

La presente investigación describió cómo el significado que da cada miembro de la familia del paciente a la limitación física se relaciona afectando o favoreciendo el proceso de rehabilitación del mismo, mediante un abordaje explicativo desde la terapia familiar sistémica constructivista. Metodología utilizada: investigación cualitativa desde la evaluación constructivista. Conclusión del estudio: El cambio en terapia está dado por la identificación de los constructos con que llega la familia acerca de lo que ellos presentan como problema, en este caso la limitación física; al cuestionar estas construcciones e identificar sus opuestos positivos se puede reconstruir la historia que el sistema ha creado alrededor del problema, con una nueva historia que les proporcione el equilibrio y bienestar que requieren.

Palabras Clave: limitación física, rehabilitación, terapia familiar sistémica, constructivismo, construcciones, historia, significados.

El presente trabajo pretende realizar una investigación acerca de cómo la construcción de significados que hace la familia de la discapacidad ó limitación física se relaciona afectando o favoreciendo la recuperación y/o proceso de rehabilitación del paciente, es decir, cómo la familia construye explicaciones acerca del suceso de tener un miembro de su sistema familiar con una limitación física, y cómo estas explicaciones a su vez van a constituir una “historia que narra la familia”, la cual va a determinar cómo se va a movilizar y cual va a ser la conducta a seguir de ésta en torno al paciente discapacitado físicamente. Esto se va a realizar desde el enfoque sistémico, mediante la evaluación, intervención y técnicas de la terapia familiar constructivista junto con la metodología de investigación correspondiente a la misma.

* Asesor

Esto con el fin de proporcionar elementos teórico-conceptuales que permitan un manejo más constructivo para la terapia familiar sistémica, en la nueva realidad que está viviendo el sistema familiar con un miembro limitado físicamente, para favorecer así un excelente proceso de rehabilitación en el paciente, y en este caso con la población a trabajar que se encuentra en la Clínica Puente del Común CNR – Teletón.

Al iniciar la presente investigación se retomaron los antecedentes empíricos, es decir estudios anteriores en psicología con temas similares a la presente tesis de grado con el fin de extraer sus principales aportes, y se encontró que son muy pocos los que se encuentran acerca del paciente minusválido físico y su familia. A nivel de proyectos investigativos aquí en Bogotá son nulos o muy escasos los estudios que desde la psicología abarquen la influencia de la familia en la rehabilitación del minusválido físico, por lo cual se hace necesario se amplíen las investigaciones en este campo y de ahí la relevancia en la presente investigación.

Esto es de acuerdo a la búsqueda realizada por la investigadora en los trabajos de grado de las facultades de psicología en las Universidades Javeriana (no encontré ningún trabajo referente al problema a tratar, excepto uno acerca de un hijo con una alteración genética y la psicodinamia de esta familia, pero como no se relaciona específicamente con mi tema no lo cité), Universidad Nacional (en esta Universidad no encontré ninguna tesis de psicología que se relacionara más específicamente con el problema a tratar), Universidad Santo Tomás(aquí revisé también los trabajos de postgrado y maestría), y Universidad de La Sabana. Voy a referirme a los aportes solamente de los dos trabajos que consideré los más relacionados con el tema a investigar.

Universidad Santo Tomás. Estructura y funcionamiento en familias con un miembro minusválido físico en busca de ubicación laboral. Tesis Pregrado Mayo 1989 Bogotá. Lenny

Zeneida, Lorena Vega. Director: Ángela Hernández. Las conclusiones principales a las cuales se llegó con este estudio, las cuales presentaré en forma resumida son:

- Las familias presentan un tipo de funcionamiento separado/conectado-estructurado/flexible, lo que implica que no caen dentro de las categorías de lo clínico, por lo tanto estos sistemas no son significativamente diferentes de las familias “normales” de Bogotá. (Hernández, 1989).
- Las interacciones al interior del sistema tienden a una comunicación más positiva que negativa. A pesar que los sistemas poseen recursos para enfrentar situaciones conflictivas que desestabilicen la actual homeostasis, posiblemente porque aunque desean los cambios no saben el manejo adecuado de los mismos. No son gestoras del diálogo abierto, reduciendo así elementos racionales y emocionales que según ellos mismos son fundamentales para una funcional interacción familiar.
- En ocasiones existe la tendencia a sostener una dinámica movida por intereses individuales, lo que en parte se ve influenciado por el estadio del ciclo vital en que se encuentran las familias.
- Otras condiciones desfavorables para que los sistemas en estudio al conocer una total funcionalidad en cuanto a cohesión son las actitudes hacia el minusválido de sobreprotección y rechazo en especial de las madres y los padres respectivamente, el alto índice de separación emocional y/o física entre los cónyuges; el desligamiento observado en los padres (hombres) en general; las relaciones distantes y conflictivas entre papás e hijos en la mayoría de las familias; el autoritarismo de los padres quienes a pesar de esto no asumen un rol activo en la toma de decisiones y responsabilidades del hogar y el distanciamiento de amigos y familia extensa.

- El miembro minusválido se ubica en un segundo plano frente a los miembros más fuertes de la familia, de ahí que ellos en forma encubierta acaten roles y reglas, tengan alguna participación en el control y la disciplina, manifiestan inconformidad con el estilo de negociación y deseen cambiar de una adaptabilidad flexible a una extrema caótica. Situación ésta que es aplicable a las madres y a algunas hermanas, lo que sustenta el porqué del mayor índice de insatisfacción familiar en la dimensión de adaptabilidad. Sin embargo, en general las familias poseen sistemas funcionales; adecuados recursos adaptativos y niveles de funcionamiento apropiados y buenos grados de satisfacción frente a la estructura y dinámica familiar.
- Las familias se ven sometidas a la insatisfacción de necesidades básicas al alto porcentaje de ocupaciones inestables o no remuneradas, al bajo promedio salarial y de seguridad social, a la insuficiente cobertura de los servicios de educación, salud, nutrición y vivienda y en general a la incertidumbre económica, que como problemáticas principales afectan la interacción y la estabilidad del sistema.

Este trabajo de grado tiene aportes fundamentales para la presente investigación, es importante tener en cuenta que las familias a estudiar no son significativamente diferentes de las “normales” por cuanto si existe una disfuncionalidad en estas pero no es algo clínicamente patológico, lo cual es una ventaja en este estudio por cuanto las terapias están centradas a esa disfuncionalidad y no a un tratamiento de casos patológicos. Por otro lado ya que estas familias, según la tesis citada, no son gestoras del diálogo abierto, es fundamental que dentro de la intervención se rescate y promueva el diálogo familiar, así como también tener en cuenta que las actitudes de rechazo y sobreprotección de la familia influyen negativamente en el proceso de rehabilitación del limitado físico. Y finalmente hay que aprovechar los recursos adaptativos y los niveles apropiados de funcionamiento y los buenos grados de satisfacción

que posee el sistema familiar. Todos estos aspectos aportan puntos clave a tener en cuenta en la intervención a realizar con los pacientes que presenta alguna limitación física y la influencia de sus familias en su proceso de rehabilitación.

Universidad de La Sabana. Aproximación sistémica de las necesidades psicológicas de una familia que enfrenta la paraplejia: un estudio de caso. Sandra Duque Arango. Claudia Astrid Gómez Pedraza. Director: Ernesto Martín. Febrero 2000 Bogotá. Las conclusiones principales de este estudio, las cuales presentaré en forma resumida, fueron:

- Podemos afirmar, tomando como base la escala de necesidades psicológicas manejadas en esta investigación, que las necesidades que emergieron producto de la discapacidad fueron, en primera instancia las de valoración, autorespeto, autoestima y estima de otros, es decir a raíz de la discapacidad de P.I. se hizo más evidente en esta familia la no satisfacción de estas necesidades, lo que ha producido al interior de la familia que la adaptación a la nueva situación sea más difícil. Los miembros de esta familia no poseen una clara confianza ante el mundo, tampoco poseen una independencia ni una libertad, sino todo lo contrario, se presenta en esta familia una dependencia emocional entre sus miembros.
- De igual forma como consecuencia de la discapacidad de P.I. quedó al descubierto que las necesidades psicológicas cognitivas de esta familia estaban marcadamente insatisfechas, esto se debe en parte a su condición socio-económica, la cual ha limitado en gran medida la posibilidad de acceso a una educación de alto nivel.
- Otras necesidades psicológicas que emergieron en esta familia como consecuencia de la discapacidad son las de seguridad. Es decir, como consecuencia de la limitación física de P.I. se evidenció en sus miembros la ansiedad generalizada, los sentimientos de miedo y temor frente al pronóstico médico, la inversión de roles y la falta de límites

al interior de la familia. Estos sentimientos de miedo y temor asociados a unas falsas expectativas de mejoría y de reversibilidad del diagnóstico coinciden con lo encontrado por Vega (1989), en donde también se concluyó que las familias que presentaban un miembro con discapacidad física guardaban falsas expectativas frente a la recuperación del paciente.

Otro aporte fundamental para este proyecto de investigación citado en la tesis anterior, son las necesidades psicológicas emergidas tanto en el paciente como en la familia como producto de la discapacidad, por cuanto la no satisfacción de estas necesidades hace más difícil la adaptación del sistema familiar a la nueva situación. Y en el presente trabajo estos aspectos van a ser tenidos en cuenta ya que el proceso de rehabilitación del paciente va a estar influenciado por la respuesta que le brinde su núcleo familiar y a su vez la adaptación, equilibrio y estabilidad de este sistema familiar va a estar influenciado por la recuperación del paciente.

Después de retomar los aportes de los antecedentes empíricos considero pertinente iniciar la presentación del marco conceptual realizando una reseña histórica del origen de la terapia familiar sistémica y algunos de sus postulados principales, para luego conceptualizar acerca del constructivismo que se deriva de la misma y es el enfoque específico de este proyecto, más adelante algunos conceptos históricos de las condiciones sociales a las que el limitado físico se ha enfrentado y algunos aspectos del proceso de rehabilitación, y finalmente una conceptualización psicológica de la enfermedad, que en este caso la tomaremos enfocada hacia la limitación física y su impacto en la familia. Con el fin de que el lector tenga un marco de referencia completo acerca de los temas a tratar en el presente trabajo.

La terapia familiar sistémica actualmente está siendo utilizada en todo el mundo por diversos psicólogos y psiquiatras gracias a sus excelentes resultados, tuvo sus inicios cuando

se observó en pacientes psiquiátricos que después de su mejoría en el hospital al retornar a su medio familiar a la mayoría les daba nuevamente una recaída, lo cual hizo pensar que algo estaba fallando en la dinámica familiar del paciente que producía la recaída y prevalencia de su enfermedad; al respecto Fernández (1994) comenta que esta necesidad de tener en cuenta a la familia en el tratamiento comenzó a hacerse evidente a partir de finales de los años 50, en Estados Unidos, cuando se observó la influencia recíproca de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y sus familias. Se observó por ejemplo, que cuando el paciente mejoraba, otro miembro de la familia empeoraba, o que se alternaban de tal forma las relaciones familiares que el paciente volvía a tener una recaída. Esto hizo pensar que había un equilibrio en la familia mantenido por el hecho de que a uno de los miembros se le asignaba el rol de paciente identificado. (p. 40)

Otra línea de trabajo que tuvo gran influencia en el comienzo de la terapia familiar, fue la investigación sobre el origen de la esquizofrenia. Gregory Bateson, John Weakland, Jay Haley y Don Jackson trabajaron en Palo Alto (California), durante los años 50 y 60, aplicando los principios sobre la “*teoría general de sistemas familiares*” a las familias, y llegando a la formulación de lo que se llamó la “*teoría del Doble Vínculo*”. La primera, es decir, la *teoría general de sistemas*, fue integrada y propuesta por el biólogo alemán Ludwing von Bertalanffy; esta teoría estudia totalidades por partes interconectadas, para Bertalanffy, no solo los organismos, sino muchísimos fenómenos y procesos son partes interconectadas con una meta, su planteamiento central fue el siguiente: “Si todos estos fenómenos son partes interconectadas y con una meta, ¿qué tienen, pues, en común? Que todas estas partes interconectadas son sistemas. Más ¿qué tienen en común en tanto sistemas? Para ello es necesario indagar las leyes que gobiernan los sistemas. Tales leyes son comunes a la célula y al organismo completo, a la familia y a la sociedad en virtud de que todos ellos son sistemas

(von Bertalanffy, 1961). La segunda, la *teoría del Doble Vínculo*, consiste en lo siguiente: si los mensajes pueden ser verbales y no verbales, existe la posibilidad de que se envíe más de un mensaje simultáneamente, y existe también la posibilidad de que estos mensajes sean contradictorios. Entonces, si se envían dos mensajes, en uno de los cuales se pide hacer algo y en el otro no hacerlo, el resultado será invariablemente desafortunado. Si se manda ese doble mensaje, no se tiene respuesta posible a menos que sea aclarado. Cuando esos dobles mensajes se envían por alguien que está en una posición jerárquica muy superior, por ejemplo una madre, el niño no siempre tiene la posibilidad de romper el doble vínculo. Cuando esto sucede frecuentemente, pueden ocurrir severas patologías en la conducta de las personas. (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956). Esto ya había sido notado por Pavlov, por ejemplo, quien estudió algo semejante al doble vínculo creando en los perros lo que él llamaba “neurosis experimentales”. En estos estudios se colocaba un perro frente a un círculo; si salivaba, le proporcionaban alimento, pero no ante una elipse. El perro pronto aprendía a salivar frente al círculo y a no hacerlo frente a la otra figura. Posteriormente se le presentaba una elipse que era cada vez más redonda, hasta que no le era posible discriminar entre la elipse y el círculo, tras de lo cual presentaba comportamientos aberrantes; es decir, la conducta se desorganizaba en razón de la información contradictoria. (Avilés, 1998). La forma en que el doble vínculo se puede presentar está muy bien descrita por Wittezaele y García (1994): “Una persona comunica a otra mensajes de niveles diferentes, que se califican el no al otro y que están en conflicto, la persona que recibe el mensaje se encuentra en una situación tal que no puede responder a ellos sin violar una u otra de las órdenes estando pues siempre en el error. La situación es tanto más intolerable porque la víctima no puede ni huir de la situación, ni hacer comentarios sobre sus dificultades.”

Con la teoría general de los sistemas y con la teoría del doble vínculo vemos cómo ya se formaron las primeras bases y cimientos de la TFS (terapia familiar sistémica), después de estas conceptualizaciones Fernández (1994) comenta que gradualmente, durante los años 60, se pasó de la investigación a la práctica de la terapia familiar sistémica, y se fueron configurando las principales escuelas. (p. 41) Murray Bowen, en la Universidad de Georgetown, desarrolló un modelo que enfatizaba la importancia del estudio de las familias de origen de los cónyuges a la hora de entender los problemas presentes en su familia de procreación. Bowen se formó originariamente en el psicoanálisis, como muchos de los grandes pioneros en la terapia familiar sistémica. En los años 60 comenzó a trabajar con familias con un miembro esquizofrénico y es allí de donde concibió la idea de que la patología o la indiferenciación del yo se va transmitiendo a lo largo de varias generaciones. El instituto de Estudios de la Familia, en la Universidad de Georgetown (Estados Unidos), sigue impartiendo información de esta teoría. (p. 41) Simultáneamente Salvador Minuchin, psiquiatra argentino afincado en Estados Unidos, desarrolló también a partir de los años 60 un nuevo enfoque de terapia familiar, la terapia familiar estructural, basada en la premisa de que los problemas o síntomas se generan por una estructura o configuración familiar inadecuada (por ejemplo, padres con poca autoridad, un hijo que ejerce funciones parentales que no le corresponden, etc.). En la Philadelphia Child Guidance Clinic, en Estados Unidos, Minuchin desarrolló una escuela de formación en terapia estructural que continúa siendo una de las más prestigiosas del mundo, y ha desarrollado un trabajo especialmente relevante con familias psicósomáticas, con anoréxicas y familias multiproblemáticas. (p.41)

Desde la perspectiva de este Modelo Estructural desarrollado por Minuchin, los problemas psicológicos se analizan de manera familiar, no individual. Así, la familia es un sistema abierto y su totalidad la conforman las relaciones entre sus miembros; la familia como sistema

se autorregula (presenta períodos de homeostasis y períodos de morfogénesis); la familia se relaciona con otros sistemas (familia de origen, familia de origen, comunidad, etc.); la familia en su interior se conforma de subsistemas: individual, conyugal, parental, fraterno; en su interior sus miembros interactúan entre sí y por tanto se afectan unos a otros, siendo entonces que los conflictos familiares han de presentarse cuando existe una disfunción en las interrelaciones que establecen los miembros de la familia; es decir, que un conflicto individual en cualquiera de ellos es la manifestación de un conflicto familiar. La meta de la terapia estructural es establecer cambios en la interacción familiar de manera que ésta sea funcional, con base en el aquí y ahora (Barker, 1983; Martínez, 1986). Al respecto Minuchin (1986) señala que los miembros de una familia se relacionan de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar a la cual define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (p. 86).

Este modelo estructural de Minuchin estableció conceptos fundamentales acerca de el sistema familiar estructural, dentro del cual se encuentran varias formas de interacción familiar, las que explicaré a continuación según lo expone Minuchin (1990; pp. 88 y 89): Dentro de la estructura familiar se pueden identificar las siguientes formas de interacción:

1) los límites, que "están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia...tienen la función de proteger la diferenciación del sistema" (Minuchin, 1990; pp. 88 y 89).

Los límites al interior del sistema se establecen entre los subsistemas familiares (individual, conyugal, parental y fraterno) y pueden ser de tres tipos:

CLAROS que definen las reglas de interacción con precisión.

DIFUSOS que no definen las reglas de interacción con precisión y caracterizan a las familias con miembros muy dependientes entre sí.

RÍGIDOS que definen interacciones en las que los miembros de la familia son independientes, desligados.

Los límites al exterior del sistema implican reglas de interacción entre la familia y otros sistemas.

- 2) Jerarquía, que hace referencia al miembro con mayor poder en la familia
- 3) Centralidad, miembro con base en el cual gira la mayor parte de las interacciones familiares; dicho miembro puede destacarse por cuestiones positivas o negativas
- 4) Periferia, miembro menos implicado en las interacciones familiares
- 5) Alianzas, se refieren a la unión de dos o más personas para obtener un beneficio sin dañar a otro
- 6) Coaliciones, que son la unión de dos o más personas para dañar a otra
- 7) Hijo (a) Parental, es aquel miembro de la familia que asume el papel de padre o madre.

Umbarger (1983), Minuchin (1986) y Hoffman (1992) señalan que una estructura disfuncional tendría todas o algunas de las siguientes características: límites difusos y/o rígidos al interior y/o exterior del sistema, la jerarquía no sería compartida en el subsistema parental, presencia de hijo (a) parental, centralidad negativa, coaliciones, algún miembro

periférico. Esta estructura posibilitaría la presencia de un síntoma en alguno de los miembros de la familia.

La intervención terapéutica desde la perspectiva del Modelo Estructural se dirige a los cambios en la estructura familiar disfuncional para entonces eliminar el síntoma; la unidad de intervención terapéutica es la familia.

Ahora bien, la familia se desarrolla atravesando por varias etapas que forman su ciclo vital. "Contemplar a la familia en un lapso prolongado es observarla como un organismo que evoluciona con el tiempo . . . Esta entidad va aumentando su edad en estadios que influyen individualmente sobre cada uno de sus miembros, hasta que las dos células progenitoras decaen y mueren, al tiempo que otras reinician el ciclo de vida . . . el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución . . . evoluciona hacia una complejidad creciente . . . El desarrollo de la familia transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente" (Minuchin y Fishman, 1993; pp. 34, 35, 36).

Para Minuchin (1986) la familia se desarrolla en el transcurso de cuatro etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones; los períodos de desarrollo pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y más compleja. Las cuatro etapas son:

- a) Formación de la pareja
- b) La pareja con hijos pequeños
- c) La familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes

d) La familia con hijos adultos

Minuchin también señala que cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar, tanto al interior como al exterior del sistema. Sin embargo, hay familias que pueden permanecer en una misma etapa a pesar de que el sistema familiar requiere de una transformación (nacimiento de un hijo (a), crecimiento de los hijos (as) con lo que ello implica como puede ser ingreso al ámbito educativo formal, cambio de nivel escolar, cambio de escuela, alejamiento del hogar por cuestiones de trabajo, por estudios, matrimonio, etc.). Este estancamiento en alguna etapa del ciclo vital puede llevar a la disfuncionalidad familiar.

Entendiendo la estructura familiar expuesta por Minuchin, podemos ahora referirnos a la familia como sistema, en donde Hernández (1997) afirma que:

En la aproximación sistémica, la familia se concibe como un todo diferente a la suma de las individualidades de sus miembros, cuya dinámica se basa en mecanismos propios y diferentes a los que explican la del sujeto aislado. Es un sistema social natural, que puede ser estudiado en términos de su estructura, o forma como está organizado en un momento dado, y sus procesos, o formas en las cuales cambia a través del tiempo. (p. 26) Es decir la familia no solamente es el resultado de sumar las individualidades de sus miembros, sino que como sistema tiene su propia dinámica y su propio funcionamiento diferente al que poseen cada uno de sus miembros por separado. Así como por ejemplo, una persona es más que la suma de su conjunto de órganos, la familia es más que la suma de las personas que la componen. Hernández (1997) comenta que la familia en la medida en que está constituida es un sistema, en la medida en que está constituida por una red de relaciones; es natural, porque responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana; y tiene

características propias, en cuanto a que no hay ninguna otra instancia social que hasta ahora haya logrado reemplazarla como fuente de satisfacción de las necesidades psicoafectivas tempranas de todo ser humano. Existen además una serie de lealtades entre sus miembros, cuya intensidad, a pesar de que fluctúa a través de los años, la distingue de otras instancias sociales a las cuales equívocamente se ha equiparado la familia. (p. 27)

También la familia se ajusta al concepto de *causalidad circular*, en cuanto a que siendo un grupo de individuos interrelacionados, un cambio en uno de ellos afecta a los demás y al grupo total, en una cadena de circular de influencia. Cada acción en estas secuencias es a la vez una reacción y por lo tanto la causa de las dificultades no se buscará, como la perspectiva lineal, intentando identificar un evento traumático, sino que obedeciendo al principio de equifinalidad, se asumirá que el mismo origen puede llegar a diferentes resultados y el mismo resultado puede surgir de distintos orígenes. (p. 27) Vemos cómo cualquier cambio que tenga uno de los miembros afectará directa o indirectamente el sistema familiar de una manera circular y no lineal (donde A causa a B), en donde la misma situación puede originar diversos resultados, y al estudiar un resultado específico se pueden observar los diversos orígenes que lo produjeron tanto dentro como fuera del sistema familiar.

Cada miembro de la familia asume una posición o rol dentro de la misma, que caracteriza sus funciones y comportamientos dentro del sistema, así mismo se desenvuelve en una serie de reglas que se han establecido algunas veces verbalmente otras implícitamente; Hernández (1997) comenta que: la especificidad de la familia reside en un conjunto particular de *roles y de reglas* implícitas y explícitas de funcionamiento, a partir de las cuales se organizan las responsabilidades y la interacción familiar, se prescribe la conducta de los miembros para mantener la estabilidad del grupo. Los roles de madres, padres e hijos son exclusivos de la familia y encarnan expectativas sociales que a su vez movilizan patrones de interacción

correlativos a normas de orden cultural, las cuales se acoplan a cada familia según su idiosincrasia y su marco de referencia particular. (p. 28) Los *patrones de interacción* son secuencias comunicacionales repetitivas, que caracterizan cada unidad familiar conforme al “principio de redundancia”, y su reiteración en el tiempo los va convirtiendo en “reglas”; éstas tienen un carácter netamente descriptivo de las secuencias interaccionales del sistema, pero a medida que avanza la familia por su ciclo vital, actúa como “normas” que sirven para evaluar la conducta de los miembros, en consonancia con valores que provienen de la cultura y de la religión, a su vez asimilados en una forma particular en cada familia. A lo largo de su historia, la familia podrá reorientar o reestructurar su sistema de normas, estableciéndose una dinámica entre las normas o los hechos. (p. 28)

Es importante tener en cuenta para el presente trabajo, que la forma como la familia asume el impacto de la discapacidad física de uno de sus miembros dependerá la concepción que tengan acerca de este mismo hecho y este se relacionará con el proceso de rehabilitación del discapacitado físico.

Así mismo hay que ver cómo este evento crítico (limitación física de uno de los miembros del sistema familiar) va a modificar los patrones de interacción en la familia y cómo mediante la ayuda del terapeuta el sistema va a tratar de lograr nuevamente la estabilidad y el equilibrio. Hernández (1997) comenta que: El *proceso morfostático*, orientado a preservar la estabilidad, es insuficiente para comprender la marcha de un sistema abierto como la familia, por lo cual su funcionamiento se explica además con base en *procesos morfogenéticos*, gracias a los cuales ejerce su flexibilidad para adaptarse a los cambios externos e internos a los que está sujeta. Estos últimos corresponden a los imperativos del desarrollo, en la medida en que la familia como todos y cada uno de sus integrantes, evolucionan en el curso de su ciclo de vida; los cambios externos corresponden a eventos críticos provenientes del entorno, pero tanto los

unos como los otros demandan modificaciones en los patrones de interacción, con el fin de que la familia logre establecer ese balance entre estabilidad y cambio, propio de los sistemas complejos. (p. 28)

Todos estos aspectos se resumen claramente en la definición de familia que enuncia Hernández (1997): Una definición completa de la familia incluye por lo tanto tres perspectivas: una estructural, relativa a los aspectos de composición, jerarquía, límites, roles, subsistemas, etc.; otra funcional, relacionada con los patrones y fenómenos de la interacción, y otra evolutiva, donde se considera a la familia como un sistema morfogenético en creciente complejidad. Estructura, funcionamiento y evolución, conducen a identificar la cosmovisión de la familia como tal y de la sociedad y de los individuos sobre ella, de modo que en su estudio se incluye también su marco de creencias y valores, contemplando al mismo tiempo las ideologías allí subyacentes. (p. 29)

Después de entender la conceptualización de familia como sistema es importante tener en cuenta desde esta perspectiva los trastornos individuales, en donde Hernández (1997) comenta: *los trastornos individuales se connotan como síntomas de una disfunción familiar*, teniendo en cuenta que si bien el comportamiento del desarrollo de un individuo son desadaptativos en relación con el exterior, pueden ser funcionales y adaptativos dentro del contexto familiar. Los desajustes individuales operarían entonces como un regulador de la estabilidad familiar, aunque en otro nivel aparezcan como expresión y motivo de tensión dentro del sistema. Así, la psicopatología se define como un problema relacional y la conducta sintomática individual se ve anclada en un patrón disfuncional de interacción. (p. 29). Dada la naturaleza circular de la causalidad, la respuesta familiar al desajuste individual será un importante factor de recuperación del individuo portador de la sintomatología, considerando que las familias que atraviesan por un período de disfunción tienden a mantener los síntomas a

través de los procesos interaccionales. (p. 30). Lo cual dentro de este recorrido histórico no era tenido en cuenta antes de la aparición de la TFS, pues cualquier desajuste en un paciente era tratado individualmente sin tener en cuenta su sistema familiar ni la respuesta de este ante a situación. Al respecto Hernández (1997) comenta: A pesar de su intensa interacción con el ambiente, cada familia es un organismo social que conserva su organización y su identidad, aunque a lo largo del tiempo cambien las relaciones efectivas que tienen sus integrantes. Esto significa que lo que se modifica es solamente el modo de conservar su organización, pero no su estructura esencial, pues de lo contrario perdería su autonomía y su identidad, dejando de ser reconocible como unidad y como totalidad. (p. 30)

Otra orientación dentro de la terapia sistémica se desarrolló en el Mental Research Institute (Palo Alto, California) a partir de las investigaciones sobre comunicación en las familias de esquizofrénicos. De aquí surgieron varias líneas de trabajo: el enfoque de terapia breve, representado por Richar Fisch, John Weakland y Paul Watzlawick, y la llamada terapia estratégica, representada principalmente por Jay Haley y Cloe Madanes, en el Instituto de Terapia Familiar de Washington (Estados Unidos). Esta terapia se basa en la premisa de que los síntomas, al igual que cualquier otra conducta, son una forma de comunicación en la familia. Para resolverlos hay que entender qué mensaje están expresando, y qué secuencias de conductas los están manteniendo. En la terapia desarrollada por Jay Haley, al igual que en la de Minuchin, el terapeuta tiene un papel muy activo, asignando tareas a la familia tanto dentro como fuera de la sesión, y promoviendo el cambio a través de la acción más que a través del *insight*. (Fernández, 1994)

Desde el Centro para estudios de la Familia, en Milán, se desarrolló otra escuela de terapia familiar, generalmente denominada Escuela de Milán. Moscolo, Cecchin, Parta y Selvini-Palazzoli, comenzaron trabajando en una línea psicoanalítica, y posteriormente en una línea

más sistémica, basada en el trabajo del Mental Research Institute, y en el constructivismo. El grupo se separó en los años 80; parte del grupo continuó una línea más estratégica, basada en la asignación de tareas a la familia para romper las secuencias que mantenían el síntoma; y otra parte del grupo siguió una línea más constructiva, basada en la idea de que el cambio en la familia viene dictado por ella misma y no por el terapeuta, y que es necesario un cambio más cognitivo en la familia para que ésta pueda cambiar sus conductas. (Fernández, 1994).

Con respecto al constructivismo, Neimeyer (1998) comenta que: hace una década este estaba todavía en una fase rudimentaria de desarrollo dentro de la psicoterapia, aunque ya se había establecido como una fuerza intelectual posmoderna con la que hay que contar en las ciencias humanas y en las humanidades. En efecto, las concepciones pioneras de la psicoterapia como reconstrucción de las realidades personales y sociales habían empezado a aparecer de manera independiente en diversas tradiciones clínicas: extendiéndose desde la psicoanalítica y humanista a la sistemática familiar y la cognitivo-conductual. Pero estos desarrollos fueron relativamente aislados entre sí, y los teóricos y clínicos de cada tradición continuaban ignorando en gran medida la evolución de perspectivas afines en otras teorías. Como resultado, un número cada vez mayor de especialistas y terapeutas experimentaban nuevos modelos y métodos narrativos, conversacionales, evolutivos y reconstructivos, pero sin el beneficio del diálogo con otros terapeutas que estaban intentando resolver los mismos problemas y procedimientos. (p. 20)

En el espacio de 10 cortos años la situación ha empezado a cambiar de manera perceptible. En lugar del aislamiento intelectual que caracterizaba a los sectores constructivistas en la década de los 80, ahora hay una mayor conciencia mutua de las tendencias convergentes que tienen lugar en diferentes tradiciones terapéuticas, lo que refleja el entusiasmo más general que existe por la integración en psicoterapia que se ha producido con el aumento de interés por

el constructivismo. Como consecuencia, los constructivistas que históricamente habían trabajado en campos autónomos han empezado a explorar cuestiones clave como el rol transformador de la relación terapéutica, la influencia sutil del *languageing* (lenguaje) terapéutico, y los límites del desarrollo en el cambio terapéutico desde una perspectiva epistemológica común. (p. 20)

El pensamiento constructivista contemporáneo tiene sus raíces en la tradición filosófica y psicológica que presta atención al papel activo de la mente humana a la hora de organizar y crear significado (inventar, en sentido literal, más que descubrir la realidad). (Lidon, 1998) Los orígenes filosóficos del constructivismo incluyen la nueva ciencia y el concepto de “universales imaginativos” de Vico (1725/1948), el análisis de los límites del conocimiento derivado, de Kant (1791/1969) y la filosofía neokantiana del “como si” de Vaihinger (1911/1924), mientras que las primeras aportaciones al pensamiento constructivista en Psicología, en la primera mitad del siglo XX, incluyen la epistemología genética de Piaget (1926), el análisis constructivista de la memoria humana de Barlett (1932), que atrajeron la atención sobre los procesos constructivos y semánticos de la memoria humana, el lenguaje y la cognición, rompiendo con las tendencias más asociacionistas, objetivistas y deterministas y sus respectivos campos; el tratado sobre la naturaleza constructiva del sistema nervioso humano de Hayek (1952), la Psicología de los constructos personales de George Kelly (1955) y la metateoría motriz de la mente de Weimer (1977). (Lidon, 1998). Las teorías constructivistas, edificadas sobre estas bases iniciales filosóficas y psicológicas, han desempeñado un papel cada vez más significativo en la ciencia psicológica contemporánea.

Para entender el constructivismo, antes de pasar a su conceptualización, me pareció útil ilustrar el cuadro que aparece a continuación, con el fin de que el lector pueda hacer una comparación entre el enfoque constructivista y el tradicional enfoque objetivista.

Tabla 1. *Contrastes epistemológicos seleccionados entre el enfoque objetivista y el enfoque constructivista en Psicología.*

Supuesto	Enfoque Objetivista	Enfoque Constructivista
Naturaleza del conocimiento	Representación o copia del mundo real	Construcción de la experiencia y acción del sujeto
Validación del conocimiento	Teoría de la correspondencia de la verdad; igualdad verídica entre las demandas del conocimiento y el mundo real tal como nos son reveladas a través de los sentidos	Teoría de la coherencia de la verdad; búsqueda de un conocimiento viable a través de la consistencia interna y el consenso social
Naturaleza de la verdad	Singular, universal, ahistórica, en aumento	Múltiple, contextual, histórica, paradigmática
Objetivo de la ciencia	Unificador; descubrir las leyes nomotéticas	Pluralista; creación de conocimientos locales
Método científico	Prescriptivo; énfasis en la medición cuantitativa y en la experimentación controlada	Anárquico; énfasis en los métodos cualitativos y en el análisis hermenéutico de la narrativa
Visión del ser humano	Reactivo; “mapa” de los acontecimientos y relaciones reales; mediacional	Proactivo; “plan” para organizar la actividad; predicativo
Unidad básica de significado	Concepto o esquema para similar acontecimientos basándose en características inherentes similares	Constructo o distinción para establecer significado a través del contraste
Relaciones entre significados	Asociacionista; cogniciones como autoafirmaciones aisladas o reglas basadas en contingencias pasadas	Sistémica: construcciones jerárquicamente ordenadas en una estructura autoorganizada
Papel del lenguaje	Media la realidad social; sistema de signos	Constituye la realidad social; sistema de diferenciaciones

(Neimeyer, 1998), p. 33)

El mundo ahora no es otra cosa que la construcción de un observador. Cualquier investigación cuidadosa respecto de una observación determinada, remite inevitablemente a las cualidades del observador y sus interacciones con otros observadores. La clásica distinción

entre sujeto y objeto no se sostiene. La objetividad ha quedado sepultada, la realidad es un resultado cuya autoría es atribuible a los propios seres humanos: *El hombre es la medida de todas las cosas*. (Watzlawick, 1994)

Después de esta breve ilustración del contraste epistemológico entre estos dos enfoques, en la que el lector pudo darse un esbozo general del enfoque constructivista, ahora podrá comprender mejor la epistemología, presupuestos básicos, y conceptualización del mismo.

El constructivismo es una perspectiva epistemológica basada en la afirmación de que los seres humanos crean activamente las realidades a las que responden (Mahoney, 1991; Neimeyer, 1993).

El constructivismo es, esencialmente, una familia de teorías y terapias que enfatizan al menos tres principios interrelacionados de la experiencia humana: a) que los humanos son participantes proactivos (y no reactivos y pasivos) en su propia experiencia, es decir, en toda percepción, memoria y conocimiento; b) que la vasta mayoría de los procesos de ordenamiento que organizan las vidas humanas operan a un nivel de conciencia tácito (inconsciente o subconsciente); y c) que la experiencia humana y el desarrollo psicológico personal reflejan la operación continua de autoorganización individualizada que tiende a favorecer el mantenimiento (por encima de la modificación) de los patrones experienciales. Aunque solo individualmente, estos procesos organizadores reflejan e influyen siempre en los sistemas sociales. (Mahoney, 1998)

Los principales aportes del enfoque constructivista están situados en el problema del conocimiento, específicamente en la pregunta ¿Cómo se conoce?, planteando que para dar respuesta a este cuestionamiento se debe ahondar en las propiedades del observador. Este, da su estructura (histórica, biológica y social) posee un lente del mundo, el cual se materializa en el lenguaje de sus descripciones del objeto observado. Desde esta perspectiva el observador y

lo observado son inseparables, el observador debe dar cuenta de su propio “mirar” , esto es, hacerse responsable de su participación en la construcción de la realidad.

Al respecto Maturana (1984), establece otra precisión en cuanto a las propiedades del observador, colocando como uno de los puntos centrales el uso del lenguaje, el cual es asumido como un fenómeno social; el hombre se reconoce como tal en la conversación con otros, en el dominio interaccional, por lo cual la realidad es co-construida. Desde esta perspectiva lo mental no puede concebirse como algo que se encuentra en el cerebro, no es individual, pues encuentra su fundamento en lo social.

El observador hace sus descripciones en el marco de su propia historia, sus creencias y prejuicios, en el contexto social y cultural en el que vive. Por ende el terapeuta hace hipótesis desde su concepción de mundo y desde el marco conceptual que lo guía. Lo crucial de esta postura es que el terapeuta debe estructurar un marco de reflexividad tal que le permita hacerse responsable de su propia mirada, buscando sus puntos ciegos “no advertir que no ve” en la interacción con el consultante.

Los terapeutas constructivistas intentan descubrir cuál es la cuestión problemática para cada paciente al que atienden. Las intervenciones que resultan útiles al cliente exploran posibles avenidas de movimiento a la vez que respetan los principios de organización nuclear sobre los que está construida su visión de la vida. Así la psicoterapia se puede ver como una especie de colaboración en la construcción y reconstrucción de significado, una sociedad íntima pero temporal, en un proceso evolutivo que continuará mucho tiempo después de que acabe la terapia formal. (Neimeyer, 1998).

Cecchin (1995), plantea que la posición auto-reflexiva del terapeuta implica abandonar la idea de que las hipótesis explican lo que sucede en la familia con un criterio de validez, para asumirlas como la forma de construir un vínculo y establecer una conexión con el sistema. No

se trata de un paso para “descubrir la verdadera historia” o la causa del problema. La postura actual del enfoque sistémico constructivista es el de cambiar de planteamiento de hipótesis, proponiendo que éstas son en últimas los prejuicios del terapeuta, considerando que lo esencial es ampliar las relaciones para así aumentar las versiones que tanto el terapeuta como la familia poseen de lo que es definido como problema. Para Cecchin, es volver útil el prejuicio en cambio de desconocerlo.

Anderson y Goolishian (1995), afirman que los sistemas humanos se enmarcan en el dominio del significado o en una realidad intersubjetiva, aclarando que el término lenguaje no está referido a las palabras o signos sino al significado relevante en un contexto particular, dentro de un marco social a través del proceso dinámico del diálogo y de la conversación. En el lenguaje se crea la realidad y estar en el lenguaje es una dinámica de cooperación social.

Según Neimeyer (1998): Los constructivistas creen que la “realidad” es en última instancia *noumenal*, es decir, está más allá del alcance de nuestras teorías más ambiciosas, ya sean personales o científicas, negándonos para siempre como seres humanos la seguridad de justificar nuestras creencias, fe, e ideologías mediante el simple recurso de “circunstancias objetivas” fuera de nosotros mismos. En vez de ello, la organización de difícil consecución que nosotros imponemos en el mundo de nuestra experiencia es una construcción humana precaria, apoyada por nuestra búsqueda, privada y compartida, de un poco de orden y predictibilidad en nuestras vidas, así como por nuestra necesidad de encontrar cierto fundamento a nuestras acciones. A veces las estructuras de significado que desarrollamos para dar un patrón y una dirección en nuestra vida parecen también demasiado frágiles, como cuando una persona debe reconstruir el sentido de sí misma y del futuro después de sufrir una invalidación de su mundo de asunciones tras la muerte traumática de un ser querido. (Neimeyer, 1998)

Sabemos, dice Watzlawick (1992), que una especie de *realidad real* no será jamás accesible. Vivimos únicamente con interpretaciones y con imágenes, que aceptamos ingenuamente como objetivamente reales. Resulta insostenible cualquier pretendido saber a propósito de una realidad objetiva, y la consecuencia que se sigue casi silogísticamente de ello, en cuanto a que sólo las personas mentalmente sanas perciben correctamente el mundo y viven adaptadas a la realidad. Normalidad y anormalidad no surgen de un universo de esencias inmutables, sino de distinciones y parámetros creados socialmente. *Expresado de manera muy sucinta, el constructivismo moderno analiza aquellos procesos de percepción, de comportamiento y de comunicación, a través de los cuales los hombres forjamos propiamente, y no encontramos - como ingenuamente suponemos - nuestras realidades individuales, sociales, científicas e ideológicas,* (Watzlawick, 1992. pág. 123). Si se reflexiona sobre el tema, está claro que algo es real tan sólo en la medida en que se ajusta a una definición de la realidad. Si utilizamos una definición extremadamente simplificada, pero útil, lo real es aquello que un número suficientemente amplio de personas ha acordado definir como real, (Watzlawick y otros, 1986, pág. 121). O como se expresa en otro lugar: Real es, al fin y al cabo, lo que es denominado real por un número suficientemente grande de hombres. En este sentido extremo, la realidad es una convención interpersonal (Watzlawick, 1992, pág. 17).

Piaget, por ejemplo, muestra cómo es que la memoria es constructivista, es decir, un individuo recuerda no lo que ocurrió sino lo que cree que sucedió, lo que ha construido. El psicólogo suizo pone el siguiente ejemplo. Siempre que llegaban visitas su madre contaba una historia: “Te acuerdas, Jean, cuando te quisieron robar; estabas en el Arco del Triunfo con una señora que te cuidaba, y pasó un señor que te tomó la mano y ya te llevaba; la señora llamó a la policía y así te salvaron de que te robaran. Te acuerdas, ¿verdad?” “Sí, como no”, decía Piaget, y se acordaba perfectamente de todos los detalles. Siendo adulto, se encontró con el

aya.” ¿Te acuerdas cuando me quisieron robar en el Arco del Triunfo?”, y la mujer le respondió: “¿Sabes?, eso nunca pasó. Nadie te quiso robar. Nunca hubo tal señor ni tal policía. Estaba yo con mi novio y me descuidé y llegamos tarde y toda la historia la inventé para que no se enojara tu mamá”. Dice Piaget: “Yo me acordaba con tal claridad, yo veía al señor, recordaba su vestimenta, la cara del policía... y no pasó nunca”. Esto ocurre a todas las personas: todos sus recuerdos, todas sus historias son en gran parte los que han construido; y si los han construido, es factible construir otros. Hay muchos psicólogos que trabajan sobre el lenguaje para ver cómo es utilizado para construir representaciones, cómo se le emplea como una herramienta y cómo también se funciona mediante esa herramienta. Si se piensa, por ejemplo, “Voy a ir a tal universidad porque es muy bonita, la gente es muy amable, etc.”, y con el lenguaje se empieza a construir la idea de la universidad, se llega a ella y empieza a vivirse de acuerdo al lenguaje con el que se había construido. No son construcciones en abstracto, son cuentos que la persona se dice a sí misma, narraciones que se relata y que terminan orientando su conducta.

En el enfoque sistémico no se habla de síntomas sino de narrativas organizadoras de problemas; la familia trae su explicación y se trabaja desde esta. Los síntomas, desde esta perspectiva se entienden como metáforas acerca de las relaciones en las que está inmerso el individuo. Al respecto Avilés (1998) comenta que: Siempre que se ve un objeto, se ve con los ojos de la propia historia, de la ideología aceptada, de la cultura en que se vive, de la experiencia; sólo así puede verse el objeto. No hay observación pura; toda la observación está contaminada por el pasado, el cual condena a ver las cosas como se ven y del que no hay forma de escapar. En la terapia esto es sumamente importante, porque tiene que ver con el modo en que se construye algo como problema o no. Una experiencia en un poblado de Guatemala, puede servir de ejemplo. Era éste un poblado donde bajaban a vender los

indígenas de la región. Las mujeres vendían sus mercaderías mientras los hombres se iban a embriagar. Tomaban alcohol en cantidades extraordinarias. El caso es que al atardecer, cuando terminaban su venta las mujeres, los varones ya dormían en la calle completamente intoxicados. Ellas se sentaban a su lado esperando que despertaran. No hacían nada más. Los niños jugaban a su alrededor como si nada ocurriera. Un par de horas más tarde los hombres abrían los ojos, se despabilaban, y todos se iban tranquilamente. Nadie construyó eso como un problema ni lo rotuló como alcoholismo. En la terapia, las preguntas “¿por qué esto es un problema para la familia?” “¿por qué lo ha construido como problema?” son fundamentales. Así como se construye el problema muchas veces se construye la solución y nuevas realidades. Esta concepción cambia mucho la forma de actuar y propicia una mayor modestia y más tolerancia. (Avilés, 1998)

Partiendo de los anteriores planteamientos surge una cuestión fundamental para la labor del terapeuta, referido a concebir que el objeto a tratar no es un individuo o una familia sino que está dirigido a la red comunicacional, a las historias que trae la familia y que definen el problema de consulta. Los sistemas terapéuticos construyen narrativas en un proceso recursivo en el cual está incluido el terapeuta.

Según Keeney, (1991), lo que aparece en terapia son historias acerca de historias, las cuales revelan de qué manera el consultante puntúa su mundo y este es el material del terapeuta, a partir del cual y con su propia narrativa co-crea una nueva realidad. Desde Cecchin, el papel del terapeuta es el de lograr, a través del cuestionamiento circular, introducir diferencias sobre la versión única de la familia abriendo nuevos significados de la problemática referida.

En la actualidad, comenta Avilés (1998), se trabaja con los contenidos semánticos de la información; se generan terapias que están basadas en la narrativa, en cómo se construyen explicaciones de la propia conducta. La persona se da a sí misma una versión de por qué actúa

de la manera que lo hace, se “cuenta un cuento” del por qué es como es. Pero le es posible “contarse otro cuento”, “aprender otro cuento”, porque el cuento contado no tienen por que ser el verdadero.

Con esta revisión histórica, paradigmática y conceptual podemos concluir que el enfoque sistémico se aleja de la concepción de síntoma, por cuanto este no es inherente a un individuo; sino que esta concepción pasa a la de observar el problema como construido por los miembros de un sistema, a través de las conversaciones que sostienen, las cuales a su vez están referidas al entorno cultural y social en el que se encuentran inmersos. En donde el terapeuta entra a formar parte de dicho sistema para brindar la posibilidad de que la familia que va a consulta se “cuenta un cuento” que le permita solucionar y adaptarse a su situación, por cuanto el “cuento” que están viviendo está generando conflictos y tensiones en dicho sistema familiar.

Finalmente podemos pasar a revisar algunos aspectos históricos de las condiciones sociales a las que el limitado físico se ha enfrentado y algunos aspectos del proceso de rehabilitación.

Gonzales, Mendieta, Ramirez (1986, tesis de grado) comentan que:

En el desarrollo de las condiciones sociales a las que el limitado físico se ha enfrentado, SALAZAR (1965, 24-51 p.) y URIBE (1976, 40-45 p.), nos dicen que la vida del lisiado, su status social y económico, así como el trato que ha recibido, ha variado de tiempo en tiempo y de grupo en grupo, de acuerdo a las actitudes sociales de estos grupos, su cultura y los conceptos que tenían de los físicamente deficientes. (p.26)

En los primeros tiempos, la ayuda que recibieron los limitados físicos fue representada por el tratamiento de sus dificultades funcionales; luego, durante el imperio romano los niños limitados eran abandonados y recogidos para ser esclavos utilizados casi siempre como pordioseros. Posteriormente, aparece el cristianismo que ofrece al limitado asistencia humana y sobrenatural; sin embargo, durante el feudalismo, el limitado iría a hospitales pero sería

escoria de aquella humanidad, repartida entre tiranos y esclavos donde seguía siendo pordiosero como en la época del paganismo. Durante el renacimiento, la comunidad reconoció su responsabilidad frente a los problemas de los limitados y su deber de promover a través de las leyes, el bienestar que por su dignidad de hombres les correspondía. En la edad contemporánea con la revolución intelectual se dejó de relacionar todo con la religión, y se comenzó a examinar la vida y el mundo en términos de la experiencia humana y así, los incapacitados fueron aceptados por la comunidad como una carga pública. Hasta entonces, sólo se había enfrentado el problema desde los puntos de vista de curación y limosnas. (p.27)

El principio básico de asistencia social varía de acuerdo con las condiciones políticas, socioeconómicas y al desarrollo cultural de cada país.

En Alemania Federal, Holanda y Reino Unido los gobiernos han adoptado distintos niveles administrativos, medidas para una mejora de la situación de los ciudadanos impedidos que permiten el desarrollo de la personalidad y dignidad del limitado. La rehabilitación es vista como un proceso uniforme en el que intervienen diversas fases estrechamente relacionadas entre sí de la siguiente manera: Rehabilitación médica (ayudas para prevenir, mejorar o evitar un empeoramiento de un impedimento al igual que procuran incrementar el asesoramiento genético y planeamiento familiar), rehabilitación escolar y profesional (cuyo fin es la integración duradera en el trabajo y profesión), rehabilitación social (busca integrar al limitado físico plenamente a la sociedad con la mayor independencia posible, buscando el autovaliamiento social de los limitados). El fin último de la rehabilitación es lograr una integración en la sociedad. (p. 28)

La perspectiva en América Latina en los servicios de rehabilitación durante muchos años ha sido principalmente de orden médico y educativo. A la rehabilitación profesional se han dedicado diversas instituciones privadas, con y sin apoyo del sector financiero, que trataron de

ubicar a los incapacitados rehabilitados en un mercado competitivo de trabajo, pero por falta de técnica fue en forma limitada. Hacia 1960, los gobiernos comenzaron a prestar mayor atención a los problemas de los incapacitados, originándose los primeros Centros Nacionales de Rehabilitación. (p. 29)

En Colombia, existen numerosos Centros de ayuda a los limitados, especializados en diferentes limitaciones a diversos niveles, y en principio orientados hacia la rehabilitación física. Por esto se creó el Centro Nacional de Rehabilitación, en la ciudad de Bogotá. En este Centro de rehabilitación va dirigida a la aplicación coordinada de un conjunto de procedimientos médicos, educativos, psicológicos, sociales y ocupacionales para preparar o readaptar al individuo limitado, con el fin de que alcance la mayor proporción de capacidad funcional, social y productiva. El objetivo del proceso de rehabilitación entonces, es prevenir, superar o minimizar los posibles efectos de la condición limitante (C.N.R. 1984, 1-4 p.) (p.30)

Hoy en día el C.N.R, de acuerdo con el convenio realizado por la Universidad de La Sabana, se llama Clínica Puente del Común, C.N.R. Teletón, cuenta con diversos servicios de salud, además del proceso de rehabilitación integral el cual está dirigido a personas con discapacidades físicas que requieran ayuda de un equipo interdisciplinario especializado. Igualmente se presta servicios de consulta y rehabilitación en las áreas de: Fisiatría, terapia física, terapia del lenguaje, psicopedagogía, psicología, terapia ocupacional, terapia respiratoria, y trabajo social.

El proceso de rehabilitación es fundamental para el paciente y cada una de las áreas debe poner su máximo empeño en cada paciente y a su vez una unidad estructurada como equipo de trabajo. Al respecto Sorrentino (1990) comenta que: Los problemas que debe enfrentar la rehabilitación, por su naturaleza, requieren la participación de varios profesionales. El trabajo en equipo es la única modalidad capaz de proponer a los usuarios un proyecto que no sea

dispersivo o sectorial y que por lo tanto satisfaga sus necesidades y ofrezca seguridad. El intento de rehabilitación debe poner a disposición de usuario el máximo de recursos procurando al mismo tiempo que su presencia no modifique la vida de nadie, sea del paciente o de sus familiares. (p. 89)

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta en el proceso de rehabilitación comenta Sorrentino (1990), es el de preservar el equilibrio familiar. La evolución psicológica del individuo depende del equilibrio familiar y de la armonía de las relaciones fundamentales. La acción de rehabilitación que no tenga muy en cuenta el equilibrio emocional de la familia del paciente, inevitablemente obrará en contra de sus propias finalidades. Es por lo tanto necesario ofrecer a los familiares asesoramiento psicológico durante este proceso. (p. 95). Y con el fin de preservar el equilibrio familiar sin afectar la rehabilitación, será responsabilidad del equipo hallar dentro de su ámbito todo recurso aceptable presente en otros servicios, en el servicio voluntario o en el mismo ambiente familiar. El consultor deberá ayudar a la familia a integrar en su núcleo a las personas que acudan a colaborar de modo que su presencia no perturbe las relaciones internas. (p. 95)

La rehabilitación como programa orgánico, sistemático e integral, constituye el medio que, proyectado para cumplir con las necesidades físico-sociales y vocacionales de todo lisiado permite restituirlo plenamente al ámbito social que lo compone.

Ahora bien, para finalizar este marco conceptual es importante que tengamos en cuenta una conceptualización psicológica de la enfermedad, que en este caso la tomaremos enfocada hacia la limitación física y su impacto en la familia, con el fin de que el lector tenga un marco de referencia completo acerca de los temas a tratar en el presente trabajo.

Empecemos por la construcción del significado de la experiencia del enfermar. Kleiman (1988), distingue entre concepto y significado de la enfermedad. Habla de tres conceptos: la

enfermedad como experiencia, y que alude a la manera en que alguien enferma, la manera en que su familia y red social lo percibe, vive con y responde a los síntomas que le incapacitan. Esta experiencia es la que se explica al médico. Se trata de una forma de concebir la enfermedad desde el sentido común, en razón del cual ciertos síntomas son calificados de banales o necesitados de tratamiento; incluye, igualmente, una visión prospectiva de cómo evolucionará y de los problemas cotidianos a los que habrá que enfrentarse. Una segunda acepción concibe la enfermedad como alteración biológica. Hoy los profesionales de la medicina se inclinan por un modelo bio-psico-social, en donde la enfermedad como producto de una relación entre lo biológico, lo psicológico y las condiciones ambientales. Por último se habla de un concepto social que entiende la enfermedad como el reflejo de las condiciones sociales a las que está sometida una población. (Góngora, 1995)

Así pues, según (Góngora, 1995) existen tres realidades bien diferenciadas: la experiencia subjetiva de quien enferma, la alteración biológica y la enfermedad como expresión de condiciones sociales. Aunque se trata de tres áreas bien diferenciadas, lo cierto es que enfermo y familia otorgan a la enfermedad es la resultante del juego de estas tres influencias. Y precisamente en el presente trabajo se investigará la relación de este significado con el proceso de rehabilitación del paciente. Puesto que la narración, es uno de los objetivos fundamentales que el terapeuta debe buscar, conocer, legitimar y transformar hasta donde ello sea posible.

La enfermedad puede entenderse según Góngora (1995): en términos de experiencia, de alteración biológica y como síntoma social; el enfermo y su familia construyen el significado de la enfermedad primero a partir de normas culturales que definen cómo interpretar ciertos síntomas y cómo transmitirlos (el síntoma como síntoma); segundo, a partir de las connotaciones igualmente culturales que tiñen las enfermedades con valoraciones positivas o negativas (lo cultural como significado). Finalmente, los patrones de aprendizaje adquiridos en

el entorno más inmediato del paciente le hacen afrontar ciertas experiencias de la enfermedad (duelo por funciones ó miembros perdidos, la traición del cuerpo, la vigilancia de los procesos corporales, etc.) de una forma determinada y característica. Todo este significado se plasma en la narración o historia que el paciente y su familia tienen en relación con la enfermedad. Esta narración o historia constituye el primer elemento que el terapeuta debe evaluar y legitimar. (Góngora, 1995). Y esa narración o historia que el paciente y su familia tienen acerca de la enfermedad (en este caso la limitación física) es el foco central de este trabajo ya que observaremos a lo largo del proceso cómo esta narración va a influir en el proceso de rehabilitación del paciente.

El impacto en la familia depende de varios parámetros de la enfermedad: forma de comienzo, curso resultado y grado de incapacitación en el que queda el paciente. Relacionado con el impacto y modulándolo está la naturaleza de las tareas a completar en cada fase de la enfermedad.

Las enfermedades se dividen en aquellas que tienen un comienzo agudo y las que tienen un comienzo gradual (Rolland, 1989). Aunque la cantidad de reajuste final que la familia se ve obligada a realizar sea el mismo, un comienzo agudo fuerza un cambio y una movilización de recursos en un tiempo menor, lo que produce un desgaste mayor. Cuando la enfermedad es de comienzo lento la tasa de adaptación se distribuye a lo largo de un tiempo prolongado.

En relación con su curso, comenta Góngora (1995), las enfermedades pueden ser progresivas, de curso constante y con recaídas. Una enfermedad de curso progresivo como la diabetes primaria, requiere un proceso de adaptación continuo que puede llevar a la familia y a quien está a cargo del enfermo (cuidador primario familiar) a extenuarse en la medida en que tienen que ir cubriendo nuevas funciones, aquellas que el enfermo ya no puede realizar. El que los periodos de alivio o respiro sean mínimos acentúa lo agobiante de la situación.

En las enfermedades de curso constante se parte de un problema agudo (infarto, amputación, etc.), del que el paciente se recupera en mayor o menor grado quedando un déficit o limitación que tiene que asumir la familia o el cuidador primario familiar. En la medida en que la enfermedad se estabiliza y el paciente reasume alguna de sus funciones o papeles perdidos, el impacto en la familia es limitado; impacto que dependerá mucho del déficit residual con el que se quede.

El resultado o pronóstico final de la enfermedad es un parámetro fundamental. Si el pronóstico es fatal, la familia vive la adaptación a la enfermedad permeada por la anticipación de la muerte (duelo anticipado); algunas ya consideran muerto al paciente le eximen de responsabilidades. La pena y la dificultad de la situación puede sumir a la familia en una conspiración de silencio que aísla más al enfermo y le hace sentir abandonado en el momento en que más necesita de los suyos, lo que, a su vez, correlaciona con acortamiento de la vida. El enfermo puede entender que todavía no ha completado su vida. Si el pronóstico es de un acortamiento de la vida pero no fatal a corto plazo puede llegarse a una sobreprotección al paciente; característicamente o su cuidador primario familiar asumen funciones o roles que bien podría desempeñar en parte o de forma total. No es infrecuente observar que el enfermo logra beneficios secundarios de su enfermedad. (Góngora, 1995)

La discapacitación de varios tipos (intelectual, de movimientos, de energías, por desfiguramiento físico) puede ser uno de los resultados de la enfermedad, lo que repercute en la forma de ajuste. La incapacitación puede aparecer al comienzo, en el transcurso o al final de la enfermedad, en todos los casos la hace más difícil de sobrellevar; cuando se presenta al final otorga un tiempo adicional de preparación. Finalmente, el impacto de la incapacidad depende considerablemente del rol que el enfermo desempeñe en su familia y de los recursos disponibles.

Por lo general puede identificarse, según Rollan (1989) tres fases en la enfermedad, crisis, fase crónica y fase terminal, cada una de las cuales tiene sus propias tareas, las cuales se explican a continuación:

La fase de crisis comprende todo el período anterior al diagnóstico. Período en que los síntomas son ostensibles y hacen pensar a la familia que algo va mal, aunque desconozcan la naturaleza exacta del problema. Durante esta fase la familia va a cumplimentar las siguientes tareas:

1. Aprender a convivir con el dolor, la incapacitación y otros síntomas derivados de la enfermedad.
2. Aprender a convivir y a manejar correctamente el ámbito hospitalario. Especialmente han de ser capaces de desarrollar una relación de trabajo con el equipo médico que atiende al enfermo.
3. Dar un significado de la enfermedad que les permita una cierta sensación de control y competencia.
4. Elaborar el duelo por la identidad familiar (ya no serán una familia sana).
5. En el caso de enfermedades que no tienen curación, han de aceptar que el cambio será permanente, y al mismo tiempo ser capaces de establecer la continuidad de la identidad familiar desde el pasado sin la enfermedad hasta el presente (y un futuro) con la enfermedad.
6. Han de ser capaces de reorganizarse para dar una respuesta a la crisis por la que están atravesando y a lo que se les pueda venir en el futuro.

La fase crónica media entre el diagnóstico y la fase terminal. Viene marcada por la progresión de la enfermedad y el consiguiente cambio adaptativo de la familia. La tarea más importante es la de compatibilizar el cuidado del enfermo con el mantenimiento de un

cierta normalidad de funcionamiento (mantener la enfermedad en su lugar). El problema lo es del tipo autonomía/dependencia. Si el diagnóstico de la enfermedad es fatal, este es un período ganado. Para ciertos problemas graves pero no fatales la experiencia de la familia, al borde de la extenuación, es la de un “problema que no tiene fin”.

La fase terminal viene precedida de un período pre-terminal en el que la posibilidad del fallecimiento se hace ostensible, dominando toda la vida familiar. La fase incluye, igualmente, los períodos de duelo y de solución del duelo posteriores al fallecimiento. Las tareas de este momento pueden resumirse en las siguientes: separación adecuada de la persona que va a morir, muerte, duelo, solución del duelo y reingreso a la vida normal. Uno de los problemas que suele presentarse es la posibilidad de terminar asuntos que algún miembro de la familia pudiera tener con el enfermo. Estos asuntos pendientes pueden congelar a la familia en alguno de los momentos de la fase. Otro problema es la incapacidad de aumentar la respuesta afectiva en un momento en que es normal que haya una mayor demanda.

Es decir: forma de comienzo, curso, resultado y grado de incapacitación de la enfermedad son parámetros que condicionan poderosamente la respuesta adaptativa de la familia, siendo las variables más determinantes su gravedad, incapacitación que provoca y la frecuencia de las recaídas. Una buena adaptación de la familia supone, igualmente, cumplimentar las tareas de cada fase de la enfermedad. (Góngora, 1995)

La enfermedad o mejor dicho la limitación física (con sus significados, fases y evolución), la familia como sistema (con sus reglas, roles, patrones de interacción, fases, etc.) y la narración ó narraciones que la familia y el paciente traen, son los aspectos más importantes en los que el terapeuta sistémico va a intervenir para en conjunto con el sistema familiar y el equipo de rehabilitación lograr la adecuada rehabilitación del limitado físico y el equilibrio de su sistema familiar.

Aquí finaliza este recorrido histórico de la terapia familiar sistémica y la conceptualización de los aspectos más relevantes que se van a tratar en el presente trabajo.

Planteamiento del problema

En la aproximación sistémica, la familia es un sistema, en la medida en que está constituida por una red de relaciones; es natural, porque responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana; y tiene características propias, en cuanto a que no hay ninguna otra instancia social que hasta ahora haya logrado reemplazarla como fuente de satisfacción de las necesidades psicoafectivas tempranas de todo ser humano. Al respecto Hernández (1997) comenta, que este sistema es determinante en el desarrollo psicosocial del individuo y por ende va a ser de vital importancia en el proceso de rehabilitación del limitado físico, así mismo la “narración” o construcción del significado que la familia haga de la limitación física va a relacionarse directamente orientando o determinando la conducta a seguir con el paciente, y este va a ser uno de los factores que va a influir directamente con el proceso de rehabilitación del paciente, favoreciéndolo ó afectándolo.

Con esto se llegó a la siguiente formulación del problema: ¿Cómo se relaciona la construcción del significado que la familia da a la limitación física con el proceso de rehabilitación del paciente?

Objetivos

Objetivo general: Investigar y describir cómo el significado que da cada miembro de la familia del paciente a la limitación física se relaciona afectando ó favoreciendo el proceso de rehabilitación del mismo, mediante un abordaje explicativo desde el enfoque sistémico constructivista.

Objetivos específicos: (a) Observar los significados o construcciones que dan las familias a la limitación física con un miembro con dicha limitación, mediante el enfoque constructivista y construccionista de la terapia familiar sistémica; (b) Indagar cómo estos significados o construcciones se relacionan con el proceso de rehabilitación del paciente con discapacidad física; (c) aportar a la terapia familiar sistémica elementos teórico conceptuales para el abordaje de estos casos clínicos; y (d) brindar herramientas necesarias para el estudiante de psicología de décimo semestre de La Universidad de La Sabana que realiza su práctica clínica en la Clínica Puente del Común, CNR Teletón, con el fin de que posea una fundamentación teórico-conceptual que le permita aplicar dichos elementos en el abordaje de los casos clínicos que lleve a cabo y su adecuada intervención en dicha institución.

Justificación

La situación psicológica familiar frente al problema del limitado físico es la producida por un largo y contradictorio proceso de rebeldía y aceptación, desesperación y calma, negación de la realidad, esperanza, etc., y el resultado del proceso debe traslucirse en una amplia y realista comprensión.

La sensibilidad emocional experimentada por el sistema familiar, aumentada por la sombra de la discapacidad, la desesperación del presente y la inseguridad del mañana, produce tales reacciones, más fácil aún, durante el período de inseguridad ocasionado por el desconocimiento de las posibilidades de la rehabilitación. Cuanto antes se integre el sistema familiar fortaleciéndolo en su espíritu y preparándolo para la mayor comprensión y compenetración en el problema del lisiado, menos complejo será disminuir ó evitar traumas familiares.

Una familia bien compenetrada con el problema del discapacitado y su rehabilitación es la mejor ayuda para el desarrollo de un plan de rehabilitación. Por lo tanto, desde el punto de

vista psicológico se hace necesario estudiar aquellos factores del sistema familiar que de una u otra forma influyen o afectan la recuperación del limitado físico en su proceso de rehabilitación. En este caso, la construcción de significados que dé cada miembro de la familia a la limitación física, va a determinar cómo se va a movilizar el sistema familiar y cual va a ser la conducta a seguir de éste con el paciente favoreciendo ó afectando su proceso de rehabilitación. Esta construcción del significado que el paciente y su familia tienen acerca de la enfermedad, se constituye en el primer elemento que el terapeuta debe investigar para lograr una adecuada intervención terapéutica. Este es, por lo tanto, el objetivo del presente proyecto de tesis.

Debido a que desde la psicología y dentro del enfoque sistémico son muy escasas las investigaciones relacionadas con este tema, se abrirán aún mas las puertas a esta población, la cual muchas veces ha sido olvidada y abandonada en esta país, este será un aporte fundamental a nivel social, clínico y familiar para el limitado físico.

Este trabajo contribuirá además a la Universidad de la Sabana en su convenio con la Clínica, y especialmente a la facultad de psicología, debido a que los servicios de este centro están concebidos para proporcionar una atención integral en salud con calidad en razón de un excelente trato humano hacia los pacientes y sus familias, tanto en el tratamiento como en la prevención de la enfermedad, a través de profesionales bien cualificados, con óptimos medios técnicos, en un entorno avanzado de docencia, investigación y respeto humano (misión de la Clínica), y el presente trabajo está bajo dichos parámetros, acorde con la filosofía de la Universidad, el cual es un aporte fundamental en esta línea de investigación, especialmente para el psicólogo en práctica profesional que realiza su práctica clínica en dicha institución, por cuanto es importante que posea una fundamentación teórica, epistemológica y conceptual para el abordaje de dichos casos clínicos, con el fin de que logre un excelente desempeño en la

Clínica y por ende culmine exitosamente su formación profesional integral. En la presente investigación podrá encontrar, asimilar y aplicar dichos elementos, e igualmente es una herramienta valiosa para todos los profesionales de la salud que trabajen con este tipo de problemática.

Método

Este proyecto se llevo a cabo desde la investigación cualitativa, la cual Dewey (1934; 1938) la define como una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video casetes, registros de todo tipo, o películas y artefactos. La mayor parte de los estudios cualitativos están preocupados por el contexto de los acontecimientos, y centran su investigación en aquellos contextos en los que los seres humanos se implican e interesan, evalúan y experimentan directamente.

La investigación cualitativa permite rescatar de la persona las experiencias, emociones, narraciones de sus vivencias, su estilo de vida, su sentir, percepciones, sus maneras de pensar y actuar; en contraste con la investigación cuantitativa en la cual se recogen datos estandarizados y numéricos que centran a la persona en un esquema rígido y exacto que le impiden muchas veces expresar sus narraciones, vivencias y emociones de determinado hecho.

L.R. Gay establece un esquema sencillo para diferenciar los dos tipos de investigación:

(Gay, 1991, p.214, 215)

Tabla 2. *Características que diferencian la investigación cualitativa de la cuantitativa*

Investigación Cualitativa	Investigación Cuantitativa
<i>Propósito:</i> Explicar y obtener conocimiento profundo de un fenómeno a través de la obtención de datos extensos narrativos.	<i>Propósito:</i> Explicar y predecir y/o controlar fenómenos a través de un enfoque de obtención de datos numéricos.
<i>Diseño y el método:</i> Flexible, se especifica en términos generales en el desarrollo del	<i>Diseño y el método:</i> Estructurada, inflexible, específica en detalles en el desarrollo del

Investigación Cualitativa	Investigación Cuantitativa
estudio. Puede haber no intervención y el mínimo de distracción. Histórica, Etnográfica y estudio de casos.	estudio. Involucra intervención, manipulación y control. Puede ser descriptiva, correlacional, causal-comparativa, y experimental.
<i>Estrategia de recolección de datos:</i> Recolección de documentos, observación participativa, entrevistas informales y no estructuradas, notas de campo detalladas y extensas.	<i>Estrategia de recolección de datos:</i> Observación no participativa, entrevistas formales y semiestructuradas, administración de test y cuestionarios.
<i>Interpretación de los datos:</i> Conclusiones tentativas, y revisiones se van dando sobre la marcha del estudio, generalizaciones especulativas o simplemente no se dan.	<i>Interpretación de los datos:</i> Las conclusiones y generalizaciones se formulan al concluir el estudio y se expresan con un grado predeterminado de certeza.

Hay situaciones en las que no es suficiente una investigación cuantitativa principalmente cuando lo que se quiere investigar acerca de una situación son las vivencias, percepciones, sentimientos y emociones de una o varias personas en particular, para lo cual recurrimos a la investigación cualitativa, pues como afirma Kemmis & McTaggart, 1988, p. 9): “Nos proporciona diferentes alternativas para tener un conocimiento más profundo de una situación en concreto que nos permitirá resolver un problema.” Situaciones como la de esta investigación en la cual lo que principalmente se recogió fueron las narraciones de las personas acerca de los significados de la limitación física por cuanto se hizo indispensable que la metodología fuera de tipo cualitativo y no cuantitativo.

Con base en este tipo de investigación cualitativa el diseño metodológico que se empleó para la presente tesis se basó en la evaluación constructivista.

Los teóricos de las orientaciones constructivistas comparten una premisa común: No tenemos acceso directo a la realidad externa, singular, estable y totalmente cognoscible. Al contrario, toda nuestra comprensión de la realidad está inmersa en el contexto, se forja interpersonalmente y es necesariamente limitada. Comenta Neimeyer, G. (1996) que las teorías constructivistas, basadas en la idea de que “ los humanos crean y construyen

activamente su realidad personal” (Mahoney y Lyddon, 1988, p.200), han producido un conjunto característico de métodos innovadores diseñados para “adaptarse al estudio de los humanos como agentes activos e interpretadores” (Borgen, 1948, p.458).

Los enfoques constructivistas, como consecuencia de sus creencias características, se orientan fundamentalmente hacia diferentes estrategias de evaluación. Por ejemplo, el énfasis está situado en la primacía del significado personal, el papel activo de la persona como cocreador de significado y la naturaleza autoorganizadora y de evolución progresiva de nuestras estructuras de conocimiento. Las tradiciones constructivistas enfatizan los procesos de conocimiento y se orientan hacia la evaluación de la viabilidad (utilidad) como opuesto a validez (verdad) de la visión del mundo única de cada individuo. Neimeyer, G. (1996).

Se utilizaron para la presente investigación el método de la entrevista y dos técnicas de los métodos de evaluación constructivista, los cuales se explicaran cada uno a continuación.

Método de Entrevista

La entrevista es un proceso que permite la (co)creación de información. Para Bateson (1972) la información es una “diferencia que crea una diferencia”, y las diferencias son los datos principales de la experiencia (Bateson, 1976). Más que ver la información como “datos que se han de recoger” o trozos del conocimiento que pasan de un individuo a otro, esta visión de la información se relaciona con el contexto en que se genera y con el sistema que la recibe. Como sugirió Deissler (1987), la información tiene un efecto confirmatorio o de verdad en el sistema familiar, dependiendo de la estructura previa de la familia.

Durante la entrevista se manifiesta la construcción familiar de la realidad (su SCF o mito familiar). Pero este no es un proceso neutro. Más bien tiene un efecto en ambos, en el entrevistador y en la familia. Esa información sobre la organización de la familia no solo ayuda al entrevistador a desarrollar un “mito terapéutico” o teoría sobre la familia, sino que

además tiene un efecto confirmatorio en sus miembros y sucesivamente en la organización de la familia. El “efecto de retroceso” de la descripción de la familia hace este proceso recursivo. Así, Deissler (1987) consideró el proceso de preguntar-responder como una creación recursiva de la información. En suma, la descripción familiar de la realidad es una “invención” que proviene de sus premisas básicas y que crea un efecto autoconfirmatorio en dichas premisas o constructos.

Entrevistar a varias personas en presencia de otras es un proceso cocreativo poderoso que tiene diversos efectos. Al responder a las preguntas del entrevistador en presencia de otros, los miembros de la familia definen implícitamente su relación con los demás. La interacción crea una gama interpersonal de efectos (Deissler, 1987) – es decir, un grupo de reacciones por parte de los otros miembros que sucesivamente generan nuevas reacciones en la familia y en el entrevistador. Deissler (1987) sugirió que una cuestión dirigida a un miembro de la familia hace estallar una “búsqueda subconsciente” (Erickson y Rossi, 1979; Procter, 1985) también en otros miembros de la familia:

El terapeuta, a través de las preguntas que dirige al hijo, al mismo tiempo anima indirectamente a los padres a reflexionar sobre el tema, a generar escenas internas, recuerdos visuales y auditivos, sentimientos y cosas por el estilo. Los procesos de búsqueda subconsciente los evocan también los padres, aunque la pregunta va dirigida “solo” al hijo. Entonces la respuesta del hijo hace que los padres hagan comparaciones con las respuestas que ellos han encontrado. Quizá la madre exprese su acuerdo con la respuesta de su hijo de forma ideo-motora, diciendo sí con la cabeza, mientras el padre se puede expresar explícitamente negando (Deissler, 1987, págs.28-29).

Desde el punto de vista constructivista, el terapeuta participa en una concentración recursiva de significado desde el primer momento que interactúa con el sistema familiar. Por

lo tanto, los límites entre la “evaluación” y la “intervención” se vuelven difusos porque son solo distinciones aproximadas.

Dentro de este método de entrevista y a lo largo de las sesiones realizadas con cada familia, se utilizaron los tipos de pregunta en la intervención sistémica que se explican a continuación en el siguiente esquema elaborado por el psicólogo Ernesto Martín .

Tabla 3. *Esquema de tipos de pregunta según la intervención sistémica*

FORMA INTENCION TERAPÉUTICA	<u>LINEALES</u> <i>Causa-efecto.</i> Tipos: Qué? Cuándo? Por qué? Quien? Dónde? Para qué?	<u>CIRCULARES</u> <i>Conexión.</i> Tipos: Triádicas: Uno habla de otros2 Diferenciales: Comparaciones de tiempo, lugar, conducta, etc. Secuenciales: Sobre patrones Globales: Conecta todo el sistema.
EXPLORATORIAS Propósito: Orientador	Preguntas sobre relaciones causa-efecto hechas por el sistema consultante Propósito: Investigar Efecto: Homeostático	Preguntas sobre conexiones o diferencias hechas por el sistema consultante Propósito: Develar relaciones implícitas entre fenómenos Efecto: Revelador
PRESUPOSICIONALES O ESTRATEGICAS Propósito: Influenciados	Preguntas para introducir nuevas causas o nuevos efectos hechos por el terapeuta Propósito: Señalamiento Efecto: Confrontador	Preguntas para comunicar indirectamente conexiones o diferencias hechas por el terapeuta Propósito: Movilizar nuevas relaciones entre fenómenos Efecto: Hipotetizador
APRECIATIVAS Propósito: Connotar positivamente y activar recursos	Preguntas sobre efectos positivos de las intenciones y acciones de los consultantes Propósito: Mostrar los recursos Efecto: reconocimiento de las buenas intenciones	Preguntas sobre recursos utilizados y su relación con el cambio Propósito: Movilizar los recursos Efecto: Reconoce y amplia la capacidad de cambio del

		sistema
REFLEXIVAS Propósito: Efectuar abstracciones sobre la experiencia	Preguntas orientadas a efectuar una retroacción sobre las causas y consecuencias de los hechos atribuyendo nuevos significados Propósito: Analizar Efecto: Explicativo	Preguntas orientadas a efectuar una retroacción conectando significados e implicaciones con personas, relaciones, hechos, construyendo nuevos significados. Propósito: Integrar múltiples aspectos Efecto: Comprensivo

Métodos de Evaluación Constructivista:

Los métodos de evaluación constructivista tienden a centrarse, no en la frecuencia o grado de creencia/normalidad de un pensamiento, sino en implicaciones que una construcción particular de uno mismo o de otras personas tienen en otros aspectos del proceso de construcción del sujeto.

En contraste con las evaluaciones cuantitativas como por ejemplo la cognitiva conductual, la cual tiende a ser altamente estructurada y estandarizada, permitiendo cuidadosas evaluaciones de su finalidad y validez en los términos psicométricos tradicionales (Segal y Sahaw, 1988), las estrategias de evaluación constructivista, a menudo, intencionalmente, están definidas menos claramente al principio y, en su lugar, permiten al cliente esencialmente construir su propio “test” y responderlo. A pesar de la naturaleza ideográfica de las puntuaciones estructurales que se obtienen con estas técnicas, a menudo han demostrado una fiabilidad impresionante en estudios controlados (Feixas y otros, 1992). Lo esencial afirma Neimeyer, es que es menos probable que las orientaciones constructivistas sacrifiquen un enfoque de evaluación introspectivo e ideográfico por una extrospectivo y nomotécnico.

Por otro lado algunos constructivistas comparten los valores de una amplia comunidad de investigadores relacionadas con diseño y desarrollo de test, defendiendo que la técnica de

rejilla y otras como p. ej, la técnica de caracterización o de pareja, (las cuales se utilizaron aquí) se consideren “Test Mentales” que están sujetos a todos los requisitos habituales para la idoneidad estadística y conceptual.

Desde esta perspectiva, los criterios de adecuación de cualquier estrategia de evaluación constructivista son principalmente interpretativos y fenomenológicos, más que normativos y estadísticos (Hoshmand, 1989; Congrino, 19990; Madison, 1988).

La evaluación constructivista intenta romper los límites de la evaluación psicológica tradicional y proporcionar una introducción a los métodos útiles a nivel práctico que tienen generalmente una orientación hermenéutica.

Dentro de la evaluación constructivista existen dos enfoques de evaluación: estructural (en la que se encuentran los siguientes métodos: escalamiento, escalamiento dialéctico, flecha descendente y técnica de rejilla) y orientado al proceso (en el que están los siguientes métodos: autocaracterización, flujo de conciencia y nudos familiares), para este trabajo explicaré a continuación solamente las técnicas que fueron utilizadas. Del enfoque de evaluación estructural se utilizó la técnica de rejilla; del enfoque orientado al proceso se utilizó la técnica de autocaracterización adaptada a familias o parejas.

Técnica de Rejilla. Para la presente investigación se utilizó esta técnica extendida a familias y a parejas, no individualmente. , pero primero explicaré el procedimiento individual para que quede claro su aplicación en familias y parejas.

Propuesta por Kelly (1955) para investigar los significados personales. De todas las técnicas de evaluación empleadas por psicólogos constructivistas, la técnica de rejilla es quizá la que se usa con más frecuencia. Desde un punto de vista estadístico, Bell (1990, p.26) la definió como “un grupo de representaciones de las relaciones entre el grupo de cosas que construye una persona (los elementos) y el grupo de maneras como dicha persona las

construye (los constructos)”. Desde el punto de vista del procedimiento, representa una manera de elicitar construcciones del sujeto que responde de algún dominio de la experiencia, normalmente pidiéndole que compare y contraste representantes de cada campo (por ej., miembros de la familia) y que describa sistemáticamente cada uno de ellos con su propio “repertorio” de dimensiones de evaluación, o constructos personales. La “rejilla” resultante, o descripciones de los elementos a lo largo de las dimensiones del constructo, se puede analizar formalmente o informalmente para sugerir patrones estimulantes de la construcción del sujeto que responde.

Después de elicitar los elementos y anotar los nombres de cada uno de estos (p. Ej., nombres de cada miembro de la familia) se empieza la fase de *elicitación de los constructos* de la administración de la rejilla. Aquí hay varias opciones abiertas para el asesor: Puede (a) invitar al cliente a proporcionarlos a través de comparaciones sistemáticas de elementos, (b) proporcionarlos él mismo extrayendo constructos relevantes de las respuestas de escalamiento del cliente o de material de sesiones, o (c) utilizar constructos estandarizados para evaluar cómo puede un cliente en comparación con otros enfrentarse a temas similares, esto para su aplicación individual, ahora bien aunque la técnica de rejilla se diseñó inicialmente para la evaluación de los significados personales Kelly (1955) realizó su adaptación para familias y parejas, en donde se han obtenido resultados exitosos al observar las construcciones de significados de las familias hacia los elementos que se quieren observar, como por ejemplo para la presente investigación que se observaron las construcciones de significados que tienen las familias alrededor de la limitación física. Cuando se adapta a parejas y a familias se deben proporcionar ciertas bases de comparación. Aunque proporcionar elementos idénticos a diferentes miembros puede ser una estrategia que cree ciertos problemas de libertad, las comparaciones entre constructos provocan problemas conceptuales más serios. Se han

adoptado varias estrategias de investigación distintas para resolver este problema: Elicitar los constructos por separado, proporcionar los constructos, combinar constructos, elicitar los constructos conjuntamente, y seleccionar constructos individuales para una rejilla familiar. De estas estrategias se escogió la estrategia de elicitar los constructos conjuntamente, que explicaré a continuación, puesto que es la más acorde con la investigación a realizar.

Elicitar los constructos conjuntamente

La pareja o los miembros de la familia deciden conjuntamente qué constructos se incluirán en la rejilla común. Así los participantes son los más responsables de los constructos a usar.

Con las familias se realizó lo siguiente: A cada uno se les proporcionaron en una hoja los *elementos* de la rejilla: limitación física, proceso de rehabilitación y relaciones familiares, en donde cada miembro de la familia a nivel individual definía con una o dos palabras cada uno de estos elementos, luego se escribieron los elementos en una hoja grande para realizar la rejilla común en donde cada familia se ponía de acuerdo en cuales eran los constructos comunes ó con cuales constructos se sentían identificados como grupo familiar para definir cada elemento dado. Después de tener la rejilla común se procedía a la puntuación de los elementos dados con los constructos elicitados conjuntamente; los constructos se ubicaron en dos columnas; en la columna 1 se ubicaron los constructos dados por la familia, generalmente de contenido negativo (p. Ej. Dependencia, debilidad, falta de diálogo) y en la columna 2 se ubico el opuesto positivo de cada constructo, (p. Ej. Independencia, fortaleza, comunicación); y los elementos: limitación física, proceso de rehabilitación y relaciones familiares se ubicaron en el centro, en donde las familias calificaron cada uno de estos elementos considerando si correspondían a la columna 1 o a la columna 2; si pertenecía a la columna 1 se daba una puntuación de uno, si correspondía a la columna dos se daba una puntuación de dos, y si no correspondía a ninguna de las dos columnas se puntuaba cero. Finalmente se obtuvo la rejilla

común puntuada y se realizó un análisis con cada familia acerca esta rejilla común, luego para la siguiente sesión se trabajó con cada familia la rejilla común de la sesión anterior con el fin de observar conjuntamente si había ocurrido algún cambio y a qué se debía este cambio. Todas las familias tuvieron al menos un cambio positivo en esta contrastación de la rejilla, lo cual se verá más adelante en el análisis de resultados.

La evaluación de los resultados de la rejilla se puede interpretar a dos niveles básicos, centrándose en el contenido y en la estructura de las construcciones del cliente. A nivel de contenido, las rejillas se pueden analizar de manera impresionista o cualitativa considerando las construcciones únicas de las figuras específicas en la rejilla y los significados de los constructos particulares.

A nivel estructural, se pueden analizar concentrándose en el grado total de diferenciación en el sistema de constructos del cliente o entre las figuras consideradas en la rejilla, relaciones específicas entre constructos o elementos dados y una multitud de características que se pueden extraer de la generación actual de programas informáticos de análisis matemático de rejillas.

Para la presente investigación escogí la evaluación de las rejillas nivel estructural, ya que al aplicarla a familias lo que se quiere observar son las relaciones entre los constructos de la familia con los elementos dados y no el contenido individual de cada constructo. Por lo tanto empleé el análisis a nivel estructural y no de contenido, de la siguiente manera: Observé el grado total de diferenciación en el sistema de los constructos de la familia con los elementos proporcionados: limitación física, proceso de rehabilitación y relaciones familiares. Para esto examiné en primera instancia los constructos y sus opuestos, luego el número de veces que la familia había usado el valor de uno, para finalmente en la segunda aplicación de la rejilla

común observar cuales de sus puntuaciones que se encontraban en la columna 1 habían pasado a puntuar a la columna 2, realizando un análisis de todo este proceso.

Técnica de Caracterización Familiar o de Pareja. Alexander y G. Neimeyer (1989) presentaron la *caracterización familiar*, una adaptación de la técnica de autocaracterización de Kelly (1955). Se pide a la pareja o familia que se tome quince minutos para escribir una breve caracterización de sí mismos de acuerdo con las instrucciones siguientes:

Escribe una breve caracterización de esta familia. Escríbelo desde la perspectiva de alguien que conoce a la familia íntima y comprensivamente; quizá mejor que nadie. Deberías escribirlo en tercera persona. Por ejemplo, empieza diciendo: “Conozco a la familia Smith...” (Alexander y G. Neimeyer, 1989, p.13).

Animarlos a considerar a la familia en sí misma elicit constructos que ellos utilizan para distinguirse como grupo de las otras familias. Este método puede proporcionar una valiosa revelación de los procesos que ocurren entre ellos y las figuras del mundo externo tales como en la familia extensa, en el trabajo y en la escuela. También es relevante para los períodos de transición en la familia, como el noviazgo o marcharse de casa una persona joven, la adopción de un nuevo miembro, o la formación de parejas reconstituidas. Para esta investigación fue bastante útil este ejercicio, por el cambio que implica la adopción del miembro de la familia discapacitado como si fuera un miembro nuevo. Los comentarios resultantes que emergen de la caracterización familiar pueden ayudar además a vislumbrar sus áreas de convergencia y divergencia en términos de distinción hecha en la familia. Así la caracterización de la familia es una manera de permitir a los miembros de la misma que hagan explícita su (normalmente implícita) visión de sí mismos como grupo familiar a través de sus propios escritos y comentarios con una influencia mínima del terapeuta.

En cuanto al análisis de la caracterización, Kelly (1955) proporciona 14 directrices para su análisis, de las cuales deben emplearse por lo menos cuatro según lo que se considere a observar; para el presente trabajo investigativo utilicé las siguientes cinco directrices:

1. ¿Cómo se ve el mundo a través de los ojos de esta familia? Y en este caso su mundo con la limitación física?
2. Observa la secuencia y la transición. Interpreta la caracterización como un todo que fluye, asumiendo que las fisuras aparentes son elaboraciones inesperadas de contenido similar o de contraste.
3. Observa la organización. Asume que la primera fase de cada párrafo tiene la mayor generalidad.
4. Busca términos repetidos con contenido similar. Estos pueden significar un constructo importante que no está simbolizado adecuadamente.
5. ¿Cuáles son las dimensiones principales implicadas en la caracterización? ¿Cuáles son sus polos implícitos? Estos pueden sugerir alternativas conductuales, emocionales o existenciales tal como las ve el cliente.

Muestra

La selección de esta muestra (tres familias con paciente con trauma raquímedular) para el presente proyecto se realizó cumpliendo los requerimientos de la Clínica Puente del Común, es decir, con los pacientes que ingresaron a proceso integral de rehabilitación. El paciente fue evaluado por primera vez por uno de los psicólogos de planta (en uno de los casos la investigadora participó de esta evaluación) a los cuales se les comentaron los criterios necesarios para la presente investigación (paciente que presenta una limitación física causada por trauma raquímedular; el cual ingresa a proceso de rehabilitación integral en la Clínica, cuya familia está compuesta por tres o cuatro miembros, incluido él, y va a participar de dicho

proceso de rehabilitación). Después de esta primera evaluación quedaron los tres casos escogidos, (en la presentación de resultados se explica su historia clínica y los miembros de su familia que participaron), con los que posteriormente yo entre a realizar la terapia familiar respectiva de acuerdo con la presente investigación y con los objetivos psicológicos propuestos para el proceso. Las sesiones de psicología se realizaron con psicoterapia familiar, aplicando los elementos teórico-prácticos del enfoque sistémico con énfasis en la terapia constructivista y las técnicas enunciadas anteriormente con el fin de llevar a cabo un proceso terapéutico exitoso.

Es importante aclarar que a los pacientes y familias con los cuales se realizó la investigación se les solicitó su consentimiento por escrito (Anexo), informándoles acerca de los objetivos, técnicas a utilizar y fines de la misma, haciendo la salvedad de que sus nombres fueron omitidos en el presente trabajo, y posteriormente al final de la presente investigación se realizó una sesión de retroalimentación acerca de los resultados de ésta con los pacientes y familias que participaron en la misma; e igualmente se realizó la retroalimentación respectiva a la institución.

RESULTADOS

El análisis de resultados se presentará a continuación en el siguiente orden: primero se mostrará un esquema de lo realizado sesión por sesión; luego la historia clínica de cada paciente, correspondiente a la primera sesión, es decir a la sesión de evaluación que realizó el área de psicología con el respectivo diagnóstico, pronóstico y acciones a realizar que sugirió el área de psicología para cada caso, y con su respectivo genograma (realizado por mí según la información obtenida en las evaluaciones); seguido de esto se hará la presentación de las caracterizaciones familiares y de las rejillas con su respectivo análisis. Luego se pasará a la sección de *Matrices de Interpretación* en la que se presentará una matriz para cada familia, en

la que se recogieron los resultados tanto de los métodos utilizados como de las entrevistas realizadas y demás conceptos fundamentales que se recogieron lo largo de todo el proceso con el análisis correspondiente. Y finalmente se pasa a el *Análisis Interpretativo* en el que se encuentran las conclusiones y recomendaciones de la presente investigación.

Sesiones Realizadas

Después de haber seleccionado previamente los casos que recién ingresaron a proceso de rehabilitación y que cumplieron con los criterios: paciente que presenta una limitación física causada principalmente por trauma raquimedular y cuya familia este conformada por tres o cuatro miembros incluido él y que vayan a participar del proceso de rehabilitación del paciente) se prosiguió a la realización de seis sesiones distribuidas como sigue a continuación.

Todas las sesiones fueron grabadas en casetes, con consentimiento de cada familia .Estos casetes fueron utilizados con el fin de recoger toda a información emergente de cada sesión, y para así mismo al oír de nuevo la sesión poder observar construcciones de significado que pasaron desapercibidas en las sesiones, e igualmente fueron utilizados para la planeación del contenido de las sesiones según el caso clínico de cada familia.

Sesión No. 1: Se realizó la entrevista con el paciente en donde se llevó a cabo la evaluación del caso y se le comento al paciente acerca de la investigación a realizar y si estaba con deseos de participar en la misma, en donde los tres casos se mostraron muy cooperativos con la misma, para lo cual se programó la asistencia con su grupo familiar para la siguiente sesión. Esta entrevista y evaluación la realicé conjuntamente con el psicólogo de planta asignado para cada caso.

Sesión No. 2: Entrevista y diálogo con la familia acerca del proceso a realizar, explicando metodología a utilizar, número de sesiones y objetivo de la misma. Después de realizar el encuadre el paciente y su familia firmaron un contrato terapéutico por escrito

comprometiéndose y estando de acuerdo con todos los términos para participar en la investigación. (Anexo).

Sesión No. 3: Se llevó a cabo la aplicación de las caracterizaciones familiares, haciendo una reflexión en torno a la caracterización realizada por cada uno, en donde primero se dieron 10 minutos para la realización de la caracterización, luego cada uno leía su caracterización y los demás escuchaban atentamente y comentaban lo que sintieron con esa historia y los puntos en común y en desacuerdo con la propia, y finalmente se llegó a una conclusión por parte del grupo familiar en torno a lo reflexionado en la sesión.

Sesión No. 4: Aplicación de la técnica de la rejilla, en donde fueron proporcionados los elementos a trabajar: limitación física, proceso integral de rehabilitación y relaciones familiares, dando como instrucción que cada miembro definiera con una o dos palabras cada elemento por escrito y de manera individual, para luego ponerse de acuerdo con los constructos para cada elemento y formar la rejilla familiar puntuando cada elemento con los constructos. Se realizó con cada familia la reflexión y conclusión correspondiente según los resultados obtenidos en la rejilla familiar.

Sesión No. 5: Se realizó una evaluación del proceso investigativo llevado a cabo hasta el momento, en donde las familias se mostraron muy participativas y a gusto con la metodología utilizada. Posteriormente se trabajó con la rejilla resultante de la sesión anterior con el fin de observar si habían cambios en las puntuaciones dadas y a que se debieron los mismos. Finalmente se hizo una retroalimentación de dicho proceso.

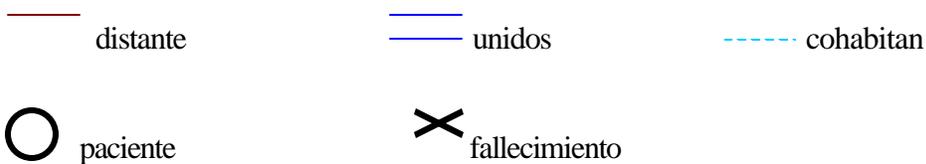
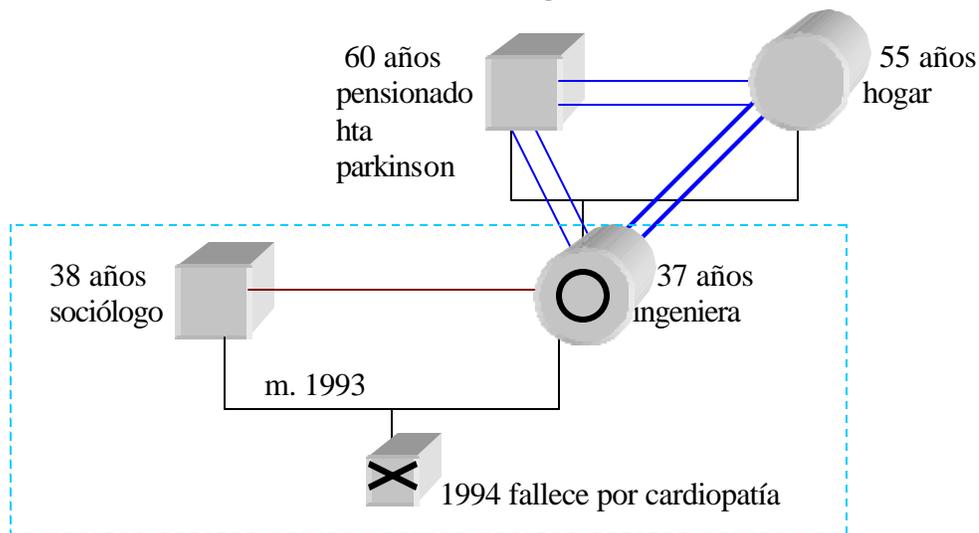
Sesión No. 6: Se realizó el cierre del proceso, con las conclusiones a las que llegó cada familia con la investigación llevada a cabo. Para lo cual las familias comentaron los resultados de la misma y los efectos positivos de las nuevas construcciones a las que llegaron como grupo familiar alrededor de la situación que están viviendo. Y finalmente les di mis

agradecimientos personales a las familias por el alto interés y cooperación que me brindaron en esta investigación.

Historias Clínicas de cada paciente:

Se exponen a continuación las historias Clínicas de cada paciente correspondientes a la evaluación del caso con su respectivo diagnóstico, pronóstico y acciones a realizar sugeridas por el área de psicología y con su genograma correspondiente, para que el lector tenga conocimiento de cada caso y observe mediante el genograma las relaciones familiares del paciente con su grupo familiar.

Historia Clínica Paciente Familia No. 1. Genograma:



Paciente de 37 años de edad, casada hace 7 años sin hijos, grado de escolaridad: estudios universitarios completos. Reside en Bogotá hace 2 meses. Ingresa a la Clínica a proceso integral de rehabilitación debido a trauma raquimedular TRM-T4 ocasionado por herida con arma de fuego hace 2 meses en un atentado contra su vida y la de su esposo el cual ya se

recuperó y no tuvo mayores implicaciones de salud. Asiste a consulta por psicología con sus padres con los cuales tienen una relación estable y de apoyo para su proceso de rehabilitación, al principio muestran tanto la paciente como sus padres serenidad y aceptación a la problemática de la limitación física de la paciente, pero a lo largo de la sesión manifiestan por medio de llanto su dolor y sufrimiento ante la situación actual de su hija con dicha limitación, comentando que se apoyan mucho en Dios y que le agradecen que la paciente no falleció en el accidente.

Diagnóstico: Paciente en reacción de adaptación a su situación y familia con duelo irresuelto hacia la situación actual de la paciente.

Pronóstico: Paciente adaptada a su situación con manejo adecuado de recursos personales y familia con duelo resuelto y adaptación y apoyo hacia la situación de la paciente.

Acciones a realizar:

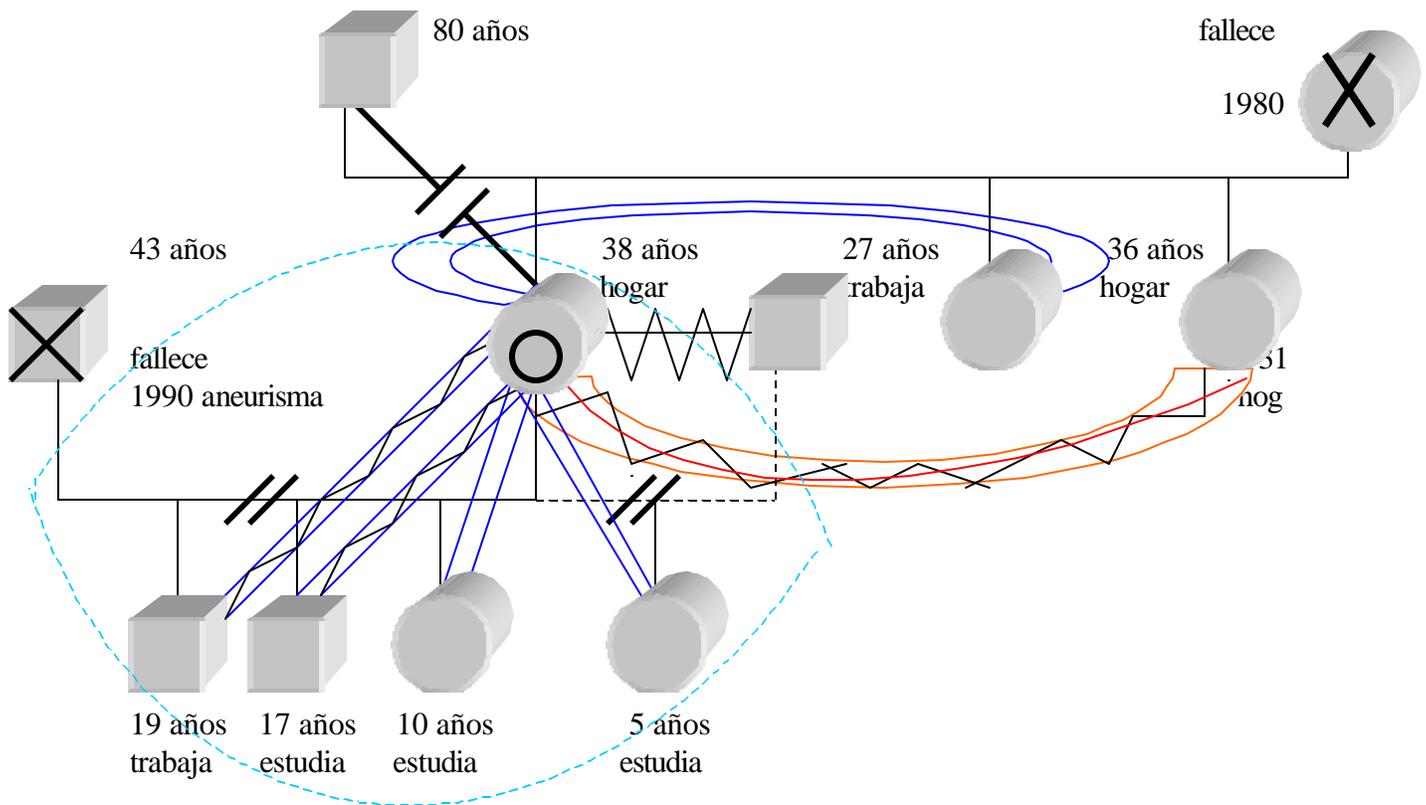
- Manejo y elaboración de duelo irresuelto en la paciente y en sus padres de su situación actual
- Manejo de recursos personales y de pareja para mejoría en estado de ánimo de la paciente
- Facilitar expresión de sentimientos
- Apoyo y acompañamiento en el proceso de rehabilitación

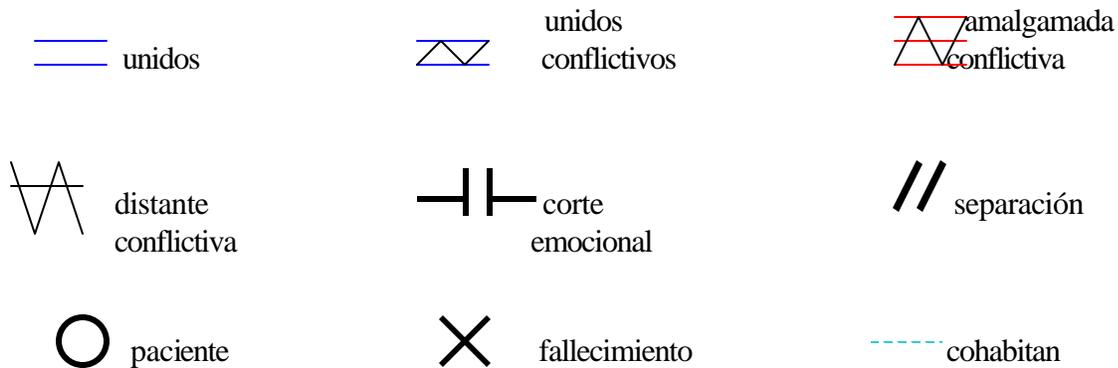
Participaron en el proceso: Los miembros que aparecen en el genograma

Historia Clínica Paciente Familia No. 2

Paciente de 38 años de edad, ingresa a proceso integral de rehabilitación debido a trauma raquimedular TRM-T10 ocasionado por una caída a 2 metros de altura realizando labores de aseo hace 16 meses. Grado de escolaridad cuarto de bachillerato. Actividad laboral: oficios varios, aseedora en discoteca. Su reacción inicial fue de: tristeza, desesperanza, ansiedad.

Rasgos de su personalidad antes del accidente, se describe como: “alegre, trabajadora, honesta, de carácter fuerte, a veces golpeo a mis hijos” ; comenta un cierto cambio en los rasgos de su personalidad después del accidente, se describe como: “pasiva, clamada, con tendencia a la tristeza, con llanto ocasional, me deprimó mas o menos una vez por semana, y con susceptibilidad ante lo más mínimo” en ocasiones refiere ideas de muerte pero no intentos suicidas. A nivel de relaciones interpersonales refiere a cambios significativos a nivel familiar; de amigos comenta que prefiere estar en compañía de conocidos, al inicio le incomodaba el que la vieran en la silla de ruedas, en este momento considera que eso lo ha superado. A nivel de pareja su esposo falleció hace 10 años debido a un aneurisma cerebral, luego sostuvo una relación que duró 6 años y que actualmente se disolvió pero que mantienen mucho contacto como amigos. Las expectativas que tiene la paciente con el tratamiento de rehabilitación son de lograr independenciamiento en traslados y manejo de silla; y por parte del área de psicología cambiar agresividad. Genograma:





Genograma: la paciente tiene 5 hermanos hombres y 5 hermanas mujeres, solo se dibujaron en el genograma las dos hermanas con las que tiene una relación más significativa.

Diagnóstico: Se encuentra en proceso de adaptación a situación actual con momentos de depresión, repertorio actitudinal con pauta de agresividad ocasional, dificultades en la adopción de roles familiares.

Pronóstico: mayor adaptación a situación actual con respecto a sí misma y a quienes le rodean. Reorganización familiar.

Acciones a realizar:

- Manejo y elaboración de duelo
- Apoyo acompañamiento al tratamiento
- Promover reflexión en torno al repertorio actitudinal frente a los hijos
- Proyección estructurada del proyecto de vida
- Redefinir evento discapacitante
- Promover adaptación y afrontamiento a situación actual.

Participaron en el proceso: La paciente, las dos hermanas que aparecen en el genograma y su hijo de 17 años.

Presentación y análisis de las caracterizaciones

Para el análisis de las caracterizaciones se prosiguió a la utilización de las cinco categorías según lo expuesto en la metodología utilizada. A continuación se presentan las caracterizaciones de cada familia con su respectivo análisis. Las caracterizaciones se transcribieron exactamente como fueron escritas, excepto por la corrección de algunos errores de ortografía.

Familia No. 1

Caracterizaciones

Esposo:

“La familia (apellidos de la familia) han pasado por una experiencia bastante difícil y en estos momentos están saliendo poco a poco de eso. El hecho de que la señora (nombre de la paciente) esté en silla de ruedas los ha unido mucho más, siempre con la esperanza de una total recuperación. Les ha ayudado mucho el apoyo en todos los aspectos de ambas familias quienes han estado pendientes permanentemente. Es admirable la fortaleza de todos ellos y la confianza que tienen de que todo terminará bien.”

Paciente:

“La familia (apellidos de la familia) es una familia trabajadora, responsable, que no le gustaba salir de su pueblo pero después del atentado sufrido por su hija (nombre de la paciente) y su esposo (nombre del esposo) les cambió ese deseo por estar en Bogotá donde ellos se encuentran; esta familia es mucho más unida que antes están llenos de esperanza por la recuperación de su hija y yerno están mucho más entregados a Dios.”

Padre de la paciente:

“La familia (apellidos de la familia) es una familia muy unida, un caso como este nunca les había tocado, un caso de estos en la familia nunca les había tocado porque nosotros somos muy unidos, no más.”

Madre de la paciente:

“La familia (apellidos de la familia) es una familia unida que nunca había tenido problemas de este tipo, para esa familia fue un caso muy doloroso lo que le sucedió a (nombre de la paciente) y a su esposo (nombre del esposo).”

Análisis de las caracterizaciones Familia 1:

1. ¿Cómo se ve el mundo a través de los ojos de esta familia? Y en este caso su mundo con la limitación física?

Es un lugar lleno de retos, de trabajos, de muchas responsabilidades, con una experiencia difícil, dolorosa que nunca habían tenido, pero pasajera gracias a su apoyo en Dios a su unión y a su fortaleza, y sobre todo a la esperanza que tienen en la recuperación total de la paciente, en donde no hay la posibilidad de pensar ni de creer en el pronóstico médico de que probablemente no vuelva a caminar la paciente.

2. Secuencia y transición:

Se observa un movimiento progresivo a lo largo de las caracterizaciones, comenzando primero por la descripción de las cualidades como familia (trabajadora, responsable, unida) pasando luego por la experiencia dolorosa del accidente de la paciente y

finalizando con la esperanza, la entrega a Dios y la confianza de un final feliz con la recuperación de la paciente.

3. Organización:

Todo se encuentra organizado en un solo párrafo, los padres de la paciente (que escribieron muy poco) refieren la caracterización al accidente y a su unión familiar, mientras que la paciente y su esposo realizan una introducción reflejando sus cualidades como familia, un intermedio acerca del accidente y finalizan con aspectos positivos que los llevan a la idea de superación total de su situación.

4. Términos repetidos con contenido relacionado:

Experiencia difícil, dolorosa: estos términos describen su situación de dolor, pero casi no son utilizados y cuando se emplean inmediatamente van contrastados por los términos: esperanza, unión, Dios y fortaleza, en donde podríamos suponer que tratan de opacar los términos que denoten dolor como no permitiendo expresarlos, o pasarlos rápidamente, esto se observa en las caracterizaciones y en las entrevistas.

5. Análisis dimensional:

Los polos enunciados en el lado izquierdo son con los que la familia se alinea, los de enfrente el opuesto.

Trabajadores vs. (holgazanes)

Responsables vs. (irresponsables)

Unidos vs. (desunidos)

Esperanza vs. (desesperanza)

Recuperación total vs. (no recuperación total)

Fe en Dios vs. (falta de fe)

Dolor vs. (alegría)

Observando estos constructos y teniendo en cuenta el caso de la paciente donde su pronóstico médico es poco favorable para las expectativas de volver a caminar, surge la siguiente hipótesis: Si las expectativas de la paciente y de su familia son de que la paciente se recupere totalmente y vuelva a caminar, que pasaría entonces con los constructos positivos si esto no llega a suceder? Es decir si la paciente no llega a caminar de nuevo ella y su familia invertirían los constructos en su vivencia, es decir la desesperanza les haría perder la fe en Dios, se volverían desunidos, ya no sería justo que fueran responsables y trabajadores?

Esta es una importante hipótesis para el trabajo en el área de psicología con la paciente y su familia, por cuanto el éxito de la terapia va a depender del manejo adecuado de las expectativas de la paciente y su familia para que en la nueva realidad que contruyan en caso de que la paciente no vuelva a caminar se fomenten los constructos positivamente logrando una nueva realidad positiva, estabilizante y renovadora.

Familia No. 2

Caracterizaciones

Hermana del medio de la paciente(ver el genograma):

“Yo conozco a la familia de (nombre y apellidos de la paciente) ella tuvo un accidente hace año y medio, a raíz del problema la familia se unió más. Los hijos han estado pendientes de ella. Pero las hermanas quisieran ayudarla para que ella salga adelante y pueda ver esos hijos profesionales.

Yo estoy pendiente a pesar del tiempo que tengo, se lo dedico porque para mí es importante que ella se recupere y salga de esa crisis, porque ella tiene mucha depresión. Pero a mí me gustaría que los que estamos pendientes de ella seamos unas personas unidas y que se

olvide todo lo pasado y vivir el presente, ayudarnos los unos a los otros. De los niños que es lo más importante. Y que estemos en paz”

Hermana menor de la paciente(ver el genograma):

“La familia de (nombre de la paciente)”

“El papá es una persona que nunca le dio apoyo (refiriéndose a la paciente) ante esto ella se aleja de el, porque cuando ella sufrió el accidente la humilló mucho más.

De las hermanas (nombre de la hermana del medio) la trata porque le da lástima. (Nombre de otra hermana) la trata por interés, no porque le nace y las otras hermanas nunca la apoyan ni la visitan haber como sigue ella, ni una llamada. Y la señora (se nombra ella) quisiera dar un pedazo de su vida para que ella volviera a caminar, pero ella le pide mucho a Dios que le de otra oportunidad. El esposo(refiriéndose a la segunda pareja de la paciente) es una persona que cuando la visita es para humillarla, tratarla mal y le da mucha lástima, se burla de ella porque la ve en una silla.

De los hijos hay que ayudarles, darles apoyo porque son los más afectados a raíz del accidente de la mamá.”

Paciente: Aquí la paciente no siguió las instrucciones de que tenía que ser en tercer persona sino que se incluyó ella misma

“ Mi familia”. “Cuando yo tuve el accidente era tan difícil aceptar que yo iba a quedar parapléjica, fue tan duro, después mi familia me ayudó mucho, tenía afecto amor y comprensión. Le pido a Dios que me ayude a salir adelante, ser fuerte porque yo y mi hijo (refiriéndose al hijo que participó en la sesión) estamos tan confundidos y desorientados. Quisiera tener el apoyo de mi familia y el amor de mis hijos día a día más, mi rehabilitación

quiero estar fuerte para seguir luchando aunque no pueda caminar, pero tengo que ser fuerte. Chévere sería estar siempre unidos como una familia unida, y para siempre.

Mi incapacidad no me impide sino seguir adelante. De hoy en adelante quiero ser otra persona diferente, de pensar y analizar mis ideas, quiero que siempre estemos unidos como una verdadera familia. También quiero ser una persona independiente, gracias por todo el apoyo que me van a dar.”

Hijo de la paciente:

“ Erase una vez una señora llamada (nombre y apellidos de la paciente), ella se encontraba trabajando en la discoteca. De repente un día se levantó de mal genio y con un pie izquierdo, y peleando con su marido (refiriéndose a la segunda pareja de la paciente), ella no pensaba que ese día sería el día donde tendría su peor desgracia en el lugar donde trabajaba. Ese día era el 7 de mayo de 1999 cuando subió al tercer piso para bajar unos rollos de papel higiénico, esa mañana ella se cayó por una claraolla y fue cuando quedó parapléjica.

La familia de ella en ese momento de su desgracia se acercó para apoyarla y ayudarle en su problema pero no fue por mucho tiempo porque al pasar los días se fueron alejando y ocasionándole muchos problemas, bueno el caso fue que algunos de sus familiares le prometieron muchas cosas las cuales ninguno de ellos lo han cumplido hasta el momento, solo le han ocasionado tristezas, problemas, amarguras y demás cosas que le han hecho atentar contra su vida, en cuanto a sus hijos les ha tocado vivir las amarguras más grandes de su vida, porque desde el momento que ella tuvo el accidente les cambió la vida de un momento para otro, les ha tocado vivir los problemas que ella tienen, se sienten decepcionados de la vida, porque en esa etapa es cuando más se disfruta de la vida, por eso ellos se sienten mal con

ganas de decir esto no es para mí. El caso es que a partir del momento que ella tuvo el accidente solo se han vivido tristezas”

Análisis de las caracterizaciones Familia 2:

1. ¿Cómo se ve el mundo a través de los ojos de esta familia? Y en este caso su mundo con la limitación física?

Es un mundo de constante lucha, rodeado de muchos conflictos familiares, en donde están viendo a través de la limitación una excusa para sacar a la luz todos estos conflictos y hacerse daño los unos a los otros, haciendo aún más difícil y dolorosa la situación que vive la paciente y su familia, afectándose aún más los hijos de la paciente los cuales están viviendo una serie de conflictos que como ellos afirman (a través de la caracterización del hijo hombre menor) son problemas que no les corresponde vivir y que en cambio los llenan de amarguras y tristezas

2. Secuencia y transición:

Se observa que inician con la descripción del accidente, luego continúan en un nivel más profundo con las relaciones familiares de la familia extensa de la paciente donde expresan problemas sufrimientos y sentimientos de humillación y decepción, finalizando con la preocupación y reconocimiento de que los hijos de la paciente son los más afectados y los que finalmente necesitan el mayor apoyo y la no involucración de ellos en estos conflictos y la necesidad de solucionarlos para tener una convivencia pacífica como grupo familiar.

3. Organización:

Escriben en dos y tres párrafos, los dos primeros reflejan la situación del accidente y sus conflictos familiares y sufrimiento por estos conflictos, y el último párrafo refleja

la preocupación de todos por el estado emocional de los hijos de la paciente y el apoyo que debe brindárseles.

4. Términos repetidos con contenido relacionado:

Humillación, crisis, depresión, confusión, desgracia, problemas, amarguras, atentar contra la vida, tristezas, decepción: todos estos términos denotan la gravedad de los conflictos que vive la familia los cuales deben ser manejados en la terapia psicológica y psiquiátrica, por cuanto pueden llevar posiblemente a un trastorno depresivo mayor y en última instancia a un intento claro de suicidio (la paciente refiere haber tenido uno) por parte de la paciente o del hijo menor el cual se encuentra bastante afectado según las caracterizaciones y en las entrevistas.

5. Análisis dimensional:

Los polos enunciados en el lado izquierdo son con los que la familia se alinea, los de enfrente el opuesto.

Lástima vs. (admiración)

Apoyo vs. (sin apoyo)

Humillación vs. (trato adecuado)

Unidos vs. (desunidos)

Recuperación vs. (no recuperación)

Depresión vs. (ánimo)

Paz vs. (guerra)

Amor vs. (guerra)

Comprensión vs. (incomprensión)

Dependiente vs. (independiente)

Desgracia vs. (situaciones positivas)

Amarguras vs. (alegrías)

Problemas vs. (soluciones)

Observamos que esta familia se enmarca en un constructo de conflictos y sufrimiento, lo que los lleva a sentirse en guerra entre todos como si estuvieran en un campo de batalla anhelando la convivencia pacífica.

Familia No. 3

Caracterizaciones

Madre del paciente:

“Caso real de la familia (apellido)”

“La familia (apellido) esta pasando por el fatal accidente de uno de sus miembros, ocurrido hace aproximadamente unos 20 meses, a partir de este momento cambió totalmente el rumbo de sus vidas.

Claro que la han ido aceptando lentamente por ser un cambio bueno en cada uno de ellos, principalmente el accidentado el cual se ha ido recuperando lentamente hasta un logro total. La unión o apoyo de cada uno de ellos ha sido un total éxito en cada miembro de esta familia”.

Hermano menor del paciente:

“Familia”. “Como en primera instancia son una familia muy unida, aunque no sobra decirlo no faltan las peleas y discusiones, pero analizándolo desde un punto de vista en una sola palabra se resume en que a pesar de su situación es muy animada, puesto que siempre y cada uno van para delante, solo que su duro golpe de (nombre del paciente) los desordinó, pero a pesar de esto siempre no se ha perdido el ánimo, la fe y la esperanza.”

Hermano del medio del paciente:

“He conocido muy de cerca de la familia (apellidos), su vida cambió desde el año pasado cuando su hijo mayor (nombre del paciente) sufrió un grave accidente quedando cuadrapléjico, desde un comienzo los médicos le dieron poco tiempo de vida, pero gracias a Dios y a la fortaleza de ese muchacho las cosas han cambiado radicalmente refutando todo diagnóstico médico, hasta hoy las cosas van muy bien, han sabido sobrellevar la situación , juntos han aprendido muchas cosas acerca de personas en esta situación, tanto su mamá como sus dos hermanos viven con él, los fines de semana siempre salen a pasear; en fin tratan de pasarla muy bien en familia el poco tiempo que tienen para compartir.”

Paciente:

“La familia (apellidos) es una familia muy unida, y a raíz del accidente de (se nombra él) le tocó a (nombre del hermano del medio) ser cabeza de familia, les ha tocado muy duro por la situación económica que depende del sueldito que gana (nombre del hermano del medio). Han tenido colaboración de alguna parte de su familia y se han vuelto a unir vínculos familiares, por lo que antes estaban separados y a raíz del accidente se volvieron a unir.

(Nombre del hermano menor) va mal en el colegio, (se nombra él) entró a Teletón y está contento, la mamá lo cuida, le hace sus curaciones y le toca todo el oficio de la casa, le toca muy duro, llevar a (nombre de él) a Teletón, despachar a los muchachos, (nombre del hermano menor) para el colegio, y (nombre del hermano del medio) para el trabajo. A la familia le gusta pasear, cuando pueden se escapan para la Dorada.

La familia (apellido) es muy apegada a la abuelita, ella vive en la finca en la Dorada y ellos mantienen contacto con ella, y con un tío en la Dorada que hizo las veces de papá y les dio

todo. A la familia (apellido) les colabora la esposa del papá (nombre de la señora) con el arriendo y lo que más puede, lo que necesita (nombre de él) ella se lo manda.

Análisis de las caracterizaciones Familia 3:

1. ¿Cómo se ve el mundo a través de los ojos de esta familia? Y en este caso su mundo con la limitación física?

Es un mundo en el que se vive con bastante ánimo y en el que se le da bastante importancia a la colaboración y unión familiar. En su mundo con la limitación física se sobrecargan con las funciones que cada uno debe desempeñar en donde se observa que no hay una adecuada distribución de los roles que les corresponde a cada uno dentro de su posición en el núcleo familiar. (Esto se observó tanto en las caracterizaciones como en las entrevistas).

2. Secuencia y transición:

Comienzan describiendo la unión de su familia y el cambio que tuvo en sus vidas el accidente del paciente, luego comentan acerca de las relaciones familiares y la colaboración de sus parientes, pasan a hacer una referencia acerca de sus problemas actuales y finalizan nuevamente con la importancia del apoyo y unión por parte de cada uno en su grupo familiar.

3. Organización:

Escriben en dos y tres párrafos. Los primeros son acerca del cambio tan grande que tuvo en sus vidas la situación actual del paciente y la unión como grupo familiar; y el último párrafo lo refieren acerca de sus roles en el hogar y de sus relaciones familiares.

4. Términos repetidos con contenido relacionado:

Cambio brusco, cambio en sus vidas: estos términos los denotan la madre y el hijo de en medio reflejando la sobrecarga en la que se encuentran por cuanto están asumiendo más funciones de las que les corresponde, la madre asumiendo un cuidado excesivo en el paciente, y el hermano asumiendo la responsabilidad económica de su grupo familiar y funciones de autoridad y de crianza con sus otros dos hermanos.

5. Análisis dimensional:

Los polos enunciados en el lado izquierdo son con los que la familia se alinea, los de enfrente el opuesto.

Cabeza de familia vs. (hermano, hijo)

Colaboración vs. (no colaboración)

Unión vs. (separación)

Cambio brusco vs. (cambio progresivo)

Ánimo vs. (tristeza)

Fortaleza vs. (debilidad)

En esta familia observamos que los contrastes más significativos según lo observado en las caracterizaciones y las entrevistas son el de “cabeza de familia” vs. “hermano, hijo” y “cambio brusco” vs. “cambio progresivo) los cuales se enmarcan dentro de la unión, el ánimo y la fortaleza, la cual se puede interpretar como necesaria para sobrellevar un “cambio brusco” el cual está definido por la sobrecarga de funciones en algunos de sus miembros.

Presentación y análisis de las rejillas

La aplicación de las rejillas y su respectivo análisis se realizó de acuerdo con lo expuesto en la metodología utilizada. A continuación se muestran las rejillas de cada familia con su análisis correspondiente.

Familia No. 1

Rejillas

Columna 1	Limitación física	Proceso de Rehabilitación	Relaciones familiares	Columna 2
Dolor	1	2	2	Alegría
Incertidumbre	2	2	2	Esperanza
Incapacidad	1	2	2	Recuperación
Debilidad	2	2	2	Fortaleza
Desunión	2	2	2	Unión
No expresión de sentimientos	1	2	1	Expresión de sentimientos

Segunda administración de la misma rejilla:

Columna 1	Limitación física	Proceso de Rehabilitación	Relaciones familiares	Columna 2
Dolor	2	2	2	Alegría
Incertidumbre	2	2	2	Esperanza
Incapacidad	2	2	2	Recuperación
Debilidad	2	2	2	Fortaleza
Desunión	2	2	2	Unión
No expresión de sentimientos	2	2	2	Expresión de sentimientos

Análisis de las rejillas Familia 1

En esta familia se puede observar que los constructos dolor, incertidumbre, debilidad, desunión, incapacidad, están enmarcados y contrastados con los constructos alegría, esperanza, recuperación, fortaleza unión; viendo cómo desde la primera rejilla la fortaleza, la unión y la esperanza puntuaron siempre en 2, alrededor de esta puntuación y en la entrevista con la familia se observó la pauta de no permitirse tener debilidad ni dolor ante la situación con la limitación física, sino solo manifestar fortaleza y esperanza, lo cual se definió con la familia como el constructo “no expresión de sentimientos” vs. “expresión de sentimientos”; en donde se observó que sí había dolor en cada miembro de la familia pero que dentro del grupo familiar no era permitido expresarlo para “no hacer sufrir al otro viéndome con mi dolor”, pues esto surgió en la primera sesión realizada con la paciente y sus padres en donde todos expresaron su dolor a través del llanto, lo cual fue bastante positivo para todos porque se “dieron el permiso” de expresar su dolor. En las siguientes sesiones no volvieron a expresar ni llanto ni dolor, lo cual se redefinió como una pauta positiva para fortalecerse pero que así mismo necesitaba del “permiso” para poder expresar cualquier situación de dolor que alguno quisiera expresar.

En la administración de la misma rejilla en la siguiente sesión podemos ver cómo ellos puntuaron el dolor de la limitación física ya como una alegría; la incapacidad de la limitación como una recuperación; la no expresión de sentimientos en las relaciones familiares alrededor de la limitación física como una expresión de sentimientos. Esto se logró debido a la instrucción en la primera aplicación de la rejilla de que buscaran y construyeran los recursos que los llevarían a puntuar de 1 a 2; y en la contrastación comentaron que desde ese ejercicio pensaron a pensar en el constructo opuesto positivo llevándolos a puntuar todo en 2 la siguiente sesión. Esto ocurrió en las otras dos familias aunque no en todos los constructos;

con lo que podemos observar que el simple hecho de observar el constructo opuesto positivo la familia ya empieza a construir a partir de ahí su nueva realidad ya que es ese el cambio que están buscando.

Familia No. 2

Rejillas

Columna 1	Limitación física	Proceso de Rehabilitación	Relaciones familiares	Columna 2
Incapacidad	1	2	2	Capacidad
Dependencia	1	2	1	Independencia
Problema	1	2	2	Solución
Comunicación inadecuada (chisme)	0	0	1	Comunicación adecuada (no chisme)
Alejamiento	2	2	2	Acercamiento
Sin apoyo	2	2	2	Con apoyo

Segunda administración de la misma rejilla:

Columna 1	Limitación física	Proceso de Rehabilitación	Relaciones familiares	Columna 2
Incapacidad	1	2	2	Capacidad
Dependencia	1	2	1	Independencia
Problema	2	2	2	Solución

Columna 1	Limitación física	Proceso de Rehabilitación	Relaciones familiares	Columna 2
Comunicación inadecuada (chisme)	0	0	2	Comunicación adecuada (no chisme)
Alejamiento	2	2	2	Acercamiento
Sin apoyo	2	2	2	Con apoyo

Análisis de las rejillas Familia 2:

Podemos observar los constructos: incapacidad, dependencia, problema, comunicación inadecuada(chisme), alejamiento y sin apoyo, contrastados por sus opuestos positivos: capacidad, independencia, solución, comunicación adecuada (no chisme), acercamiento y con apoyo. Es importante resaltar que el constructo “chisme” vs. “no chisme”, el cual ellos definieron como “comunicación inadecuada” vs., “comunicación adecuada”, planteando ellos mismos la solución a lo que definieron como el mayor conflicto familiar catalogado por ellos : “chisme”, contrastándolo con una comunicación adecuada entendida por ellos como: “definiendo límites entre nosotros y hablando con sinceridad los unos con los otros sin hipocresía , ni dejarnos llevar de la cizaña que vengan a echarnos, sino hablando con cada quien lo que es y no con intermediarios que enredan las cosas”.

En la contrastación con la misma rejilla administrada por segunda vez, curiosamente todos puntuaron como 2 la comunicación adecuada lo que nos muestra un logro positivo en ellos, y la limitación física no como problema sino ya como solución. Pero debido a las condiciones físicas de la paciente siguieron puntuando la limitación física como incapacidad y

dependencia, concluyendo que con el progreso en el proceso de rehabilitación más adelante se va a puntuar en 2 es decir como capacidad e independencia.

Familia No. 3

Rejillas

Columna 1	Limitación física	Proceso de Rehabilitación	Relaciones familiares	Columna 2
Quietud	1	2	2	Movimiento
Incapacidad	1	2	2	Capacidad
Dependencia	1	2	1	Independencia
Falta de diálogo	2	2	1	Comunicación
Incomprensión	1	2	1	Comprensión
Aislamiento	2	2	2	Relaciones sociales

Segunda administración de la misma rejilla:

Columna 1	Limitación física	Proceso de Rehabilitación	Relaciones familiares	Columna 2
Quietud	1	2	2	Movimiento
Incapacidad	1	2	2	Capacidad
Dependencia	1	2	1	Independencia
Falta de diálogo	2	2	2	Comunicación
Incomprensión	2	2	2	Comprensión

Columna 1	Limitación física	Proceso de Rehabilitación	Relaciones familiares	Columna 2
Aislamiento	2	2	2	Relaciones sociales

Análisis de las rejillas Familia 3:

Observamos los constructos: quietud, incapacidad, dependencia, falta de diálogo, incomprensión, aislamiento, contrastados con los opuestos positivos: movimiento capacidad, independencia, comunicación, comprensión, relaciones sociales.

Al realizar este ejercicio con la familia para el paciente fue relevante definir su situación de dependencia y de necesidad de que a toda hora lo estén cuidando como falta de comprensión de su grupo familiar, por cuanto cuando el paciente necesitaba que le colaboraran con algo afirma que todos se ponían de mal genio sin comprenderlo; y a su vez el grupo familiar definió esta falta de comprensión como una falta de diálogo haciéndole ver a paciente que ellos sentían su forma de pedir colaboración como una exigencia y una orden y no adecuadamente; con lo que se contrastó positivamente y se construyó la posibilidad de un diálogo adecuado que llevaría a una buena comprensión.

En la contrastación con la segunda administración de la misma rejilla la incomprensión y la falta de diálogo alrededor de la limitación física y de las relaciones familiares se puntuó como do es decir como diálogo y comprensión en donde observamos como dije anteriormente que el simple hecho de observar el constructo opuesto positivo la familia ya empieza a construir a partir de ahí su nueva realidad ya que es ese el cambio que están buscando.

Matrices de Interpretación

A continuación se presentará una matriz de interpretación en la que se recogieron los resultados tanto de los métodos utilizados como de las entrevistas realizadas y demás conceptos fundamentales que se obtuvieron a lo largo de todo el proceso de cada familia, según las categorías (o elementos) de análisis planteadas para esta investigación: significados de la limitación física, proceso de rehabilitación del paciente, emergencia de significados en el proceso y relaciones familiares. Para pasar finalmente al *Análisis Interpretativo*.

Familia No. 1

CATEGORÍAS GRUPO FAMILIAR	Significados de la limitación física	Proceso de rehabilitación del paciente	Emergencia de significados en el proceso	Relaciones familiares
Paciente	-Cambio -Dolor -Realidad que hay que afrontar	-Esperanza -Alternativa -Reto	-Libertad -Milagro -Éxito Responsabilidad -Fe en Dios	-Unión -Fortaleza
Esposo	-Realidad que hay que asumir -Algo pasajero -Experiencia difícil	-Esperanza -Recuperación	-Confianza de que todo terminará bien -Fortaleza	Unión
Madre	-Dolor -Tristeza -Fracaso -Problema	-Bueno -Recuperación -Esperanza	-Fe en Dios	-Unidos
Padre	-Enfermedad -Incapacidad para trabajar	-Recuperación -Esperanza	-Fe en Dios	-Unidos -Pendientes

Con esta matriz podemos observar que la familia realizó una construcción de la realidad que está viviendo enmarcada en una alta expectativa de que la paciente va a volver a caminar fundamentada en los constructos de que la limitación de la paciente es algo pasajero, de que la fe en Dios va a hacer que ella camine y que por lo tanto no pueden perder la esperanza y por

supuesto “no pueden permitirse sufrir por algo que va a pasar pronto y que terminará bien”. Bien esta construcción de esta historia que vive la familia se relaciona con su proceso de rehabilitación de la siguiente forma: la paciente afirma que siempre ha estado participando de muchos retos en su vida (independizarse de su casa desde muy joven , trabajar, graduarse, entre otros,) y por lo tanto como la construcción es de que esto es algo pasajero entonces es simplemente un reto más que debe cumplir en su vida para culminarlo con éxito y demostrarse a ella misma y a sus familiares que sí lo logró. Esto podría parecernos un ideal estupendo por cuanto la paciente se manifiesta bien emocionalmente, participa activamente de las terapias de rehabilitación, etc.; pero si nos detenemos a pensar en la hipótesis que sugerí en el análisis de las caracterizaciones de que ¿qué va a pasar cuando esta construcción de esta historia cambie de “volver a caminar” a “no caminar nunca”?, lo que probablemente ocurriría sería un cambio radical en su historia de esa realidad y empezarían a expresar todo el dolor que no han querido afrontar en esta etapa cayendo probablemente en crisis y depresión, es decir esta construcción de esta historia no estaría en un futuro favoreciendo su proceso de rehabilitación. Aquí podemos observar uno de los puntos más importantes encontrados en esta investigación y es que al identificar nosotros como terapeutas los constructos con los que la familia construye su historia nos es posible co-construir con ellos otra nueva utilizando los mismos constructos que ellos emplean enfocándolos acorde a su realidad; es decir en el caso de que la paciente de esta familia no volviera a caminar las acciones estarían encaminadas a en primer lugar intervenir terapéuticamente en la aceptación de esa nueva situación, luego a la elaboración de un duelo no resuelto, para proseguir con la construcción de esa nueva historia utilizando para ello los constructos positivos en los que ellos mismos se movilizan.

CATEGORÍAS GRUPO FAMILIAR	Significados de la limitación física	Proceso de rehabilitación del paciente	Emergencia de significados en el proceso	Relaciones familiares
Paciente	-Dolor -Difícil de Aceptar -Dependencia -No me puedo defender de todos los problemas	-Bueno -Ser independiente -Luchar	-Ser valiente -Confusión -Desorientación -Depresión -Deseo de morir vs. deseo de vivir	-Necesidad de afecto y comprensión -Apoyo -Problemas -Chismes -Lograr perdón -Falta de Comunicación
Hijo	-Dificultad -Problema -Impotencia a nivel económico -Desgracia	-Bueno -Capacitación	-Estar aburrido -Preocupación -Mal genio -Decepción -“Esto no es para mí”	-Chismes -Tristezas -Amarguras
Hermana del medio	-Incapacidad -Dependencia -Crisis -Depresión	-Adaptación -Recuperación	-Sinceridad -Franqueza	-Malas -Chismes -Hay que olvidar el pasado y vivir el presente con unión
Hermana menor	-No valerse por sí mismo -Dependencia	-Proceso lento	-Apoyo	-Tristeza -Humillación

En esta familia la construcción de la historia alrededor de la limitación física se desarrolló en torno al estado emocional de la paciente: depresión, en donde la paciente con su familia construyeron la historia de que dependiendo de su estado emocional iba a ser su mejoría y progreso el proceso de rehabilitación. Pues en el proceso terapéutico se observó la relación directa de esta historia favoreciendo su proceso de rehabilitación; puesto que lo primero y único que surgió con la limitación física fueron todos los conflictos familiares que se iniciaron en el pasado con su familia de origen y que continuaban afectando su vida actual

especialmente con su hermana menor (ver genograma), en donde definieron estos conflictos familiares con los constructos: chisme, mala comunicación, e hipocresía , para lo cual se realizó una intervención terapéutica con los constructos que ellos mismos elicitron para la solución: comunicación adecuada, sinceridad y perdón del pasado, así que la intervención estuvo encaminada a realizar en las sesiones estas construcciones, en una de las cuales se logró el “perdón del pasado” con su hermana menor con la que construyo la historia de “comunicación adecuada” por medio de la siguiente *metáfora*: “se acaba de sembrar la semilla del perdón, de la cual va a surgir el arbolito de la fraternidad, amor y comprensión, en donde para que crezca hay que cuidar la plantica, regarla y cultivarla con la sinceridad y honestidad, y por supuesto cortar y no permitir que la ahogue la maleza que viene a atacarla, es decir “el chisme”; tan efectiva fue esta sesión que la paciente pasó de una historia de estado emocional de quitarse la vida a una construcción de una historia de ganas de vivir, de lucha y valentía, mejorando su estado de ánimo y por ende su proceso de rehabilitación. Se puede observar claramente con este caso que al encaminar la terapia en psicología alrededor de la historia emocional de la paciente con los constructos que ella y su familia emplean se logra que la paciente construya una historia de estabilidad emocional y no entre en depresión, y por ende se favorezca su proceso de rehabilitación con esta construcción.

Familia No. 3

CATEGORÍAS GRUPO FAMILIAR	Significados de la limitación física	Proceso de rehabilitación del paciente	Emergencia de significados en el proceso	Relaciones familiares
Paciente	-Incapacidad	-Relaciones sociales -Tener contacto con la gente	-Encierro vs. libertad -Necesidad de sentirse útil	-Unión -Comunicación -Apoyo
Madre	-Fatalidad -Duro	-Adaptación -Recuperación	-Colaboración -Animo	-Falta de diálogo y comprensión

CATEGORÍAS GRUPO FAMILIAR	Significados de la limitación física	Proceso de rehabilitación del paciente	Emergencia de significados en el proceso	Relaciones familiares
	-Cambio total -Incapacidad	-Tratamiento integral		
Hermano del medio	-Cambio radical -Discriminación -Dependencia -Inimaginable	-Terapias -Recuperación	-Sensibilización -Colaboración -Dios -Fortaleza -Aprendizaje	-Núcleo -Compartir
Hermano menor	-Quietud de un cuerpo -Situación dura	-Recuperación	-Animo Descoordinación -Esperanza -Colaboración	-Diálogo -Unión -Pelear y discusiones

En esta familia en un principio la construcción de la historia alrededor de la limitación física del paciente estuvo encaminada a la falta de diálogo y comprensión en torno a la necesidad del paciente de la colaboración de su familia en torno suyo, con quien a su vez se construyó una forma más adecuada de comunicación al solicitar esta ayuda a sus familiares.

Pero a lo largo del proceso surgió una historia que ya estaba construida con anterioridad como una pauta familiar y que se reforzó con la limitación física del paciente. En esta familia desde la separación de la madre del paciente de su esposo surgió la pauta de que “todos mandaban en la casa puesto que se había ido la figura de autoridad” y la creencia de que “el que tuviera la plata es el que podía privilegiarse de la autoridad”, esta pauta surgió debido a que la madre no asumió su rol de madre y su posición de autoridad sino que siempre lo delegó en terceros como su tío y la abuelita del paciente, pues sucedió que debido a un traslado de ciudad y con la limitación física del paciente quedó conformado el núcleo familiar conviviendo la madre y sus tres hijos, a su vez el hijo del medio profesional con trabajo, por lo tanto el único con la solvedad económica para sostener a su núcleo familiar, convirtiéndose

como lo afirmaron ellos mismos, en “cabeza de familia”, por lo tanto asumiendo un rol parental y la autoridad que su madre nunca ha querido asumir; por otro lado el paciente a raíz de la limitación se convirtió en el “niño consentido de la casa” todos atendiéndolo y en especial su madre que se sobrecarga con las funciones de cuidado de su hijo y con las de ama de casa, y finalmente el hijo menor que se sintió desplazado y por lo mismo entró en constantes peleas con el paciente y a no estar de acuerdo con la autoridad y exigencias parentales de su hermano del medio.

Toda esta historia de desorganización familiar en donde los familiares del paciente expresaron su sobrecarga por asumir roles que no les corresponden llevó al paciente a una historia de mostrarse en un estado emocional al que podríamos llamar “ficticio” :bastante alegre y en un bienestar admirable, para: “no sobrecargar más a su familia,” por lo tanto afectando su proceso de rehabilitación , debido a que el paciente no podía mostrar ni permitirse expresar su dolor y su “verdadero” estado de ánimo para no sobrecargar más a su familia. Con lo que se llegó a la conclusión con la familia de la necesidad de una nueva historia de reorganización familiar , delegando la autoridad a quien le corresponde, es decir a la madre del paciente y distribuyendo las funciones (por eso se observa tanto el constructo de colaboración en la matriz, como la necesidad de todos de “descargarse”) y roles correspondientes para cada miembro de la familia con el fin de “descargar” a cada uno de funciones que no le corresponden y lograr un equilibrio y bienestar en el grupo familiar y por ende favoreciendo el proceso de rehabilitación del paciente.

DISCUSION

En primera instancia con esta investigación podemos concluir que si hay una relación entre las construcciones de significados que da la familia a la limitación física con el proceso de rehabilitación del paciente, afectándolo o favoreciéndolo según las construcciones de cada familia, en donde el objetivo principal del proceso terapéutico psicológico con el paciente y sus familias debe ser co-construir con éstas una historia de significados que favorezcan el proceso de rehabilitación y a su vez proporcione el equilibrio, la estabilidad y bienestar que desean las familias.

Esto se ve corrobora con lo que Neimeyer (1996) comenta acerca de que la visión constructivista asume que el cambio en la terapia se dirige a cambiar las estructuras de conocimiento del sistema, los significados o las premisas. Sluzky (1985) atribuyó al terapeuta el papel de un “constructor de realidades” , cuyo papel es en parte representar más alternativas viables para la familia. Así mismos Minuchin vio el cambio desde esta perspectiva, afirmando que “los pacientes vienen a terapia porque la realidad, tal como ellos la han construido, es inviable. Por lo tanto, todas las variedades de terapia se basan en el cuestionamiento de esos constructos” (Minuchin y Fishman, 1981, pag.71). Para Goolishian y Anderson (1990), el cambio en terapia implica una reconstrucción de la historia que el sistema ha creado alrededor del problema. Por lo tanto la conversación se mantiene hasta que se crea una nueva “narrativa”.

Con la presente investigación y todo su análisis, para mí el cambio está dado por la identificación de los constructos con que llega la familia alrededor de lo que presentan ellos como problema, para con base en estos constructos y sus “opuestos positivos” co-construir una nueva historia con la familia, la cual les proporcione el equilibrio y bienestar que vienen a buscar con la terapia.

Finalmente podemos concluir con la noción de paradigmas familiares propuesto por Reiss (1981), la cual afirma Neimeyer (1996), es una de las propuestas más elaboradas que desarrollan el papel de los sistemas de significado en las familias:

“ La idea central alrededor de la cual se crea nuestro modelo es que la familia, en el curso de su propio desarrollo, elabora supuestos fundamentales y duraderos sobre el mundo en que vive. Los supuestos son compartidos por todos los miembros de la familia, a pesar de los desacuerdos, conflictos y diferencias que existen en la familia. En efecto, lo esencial para cada miembro en su propia familia es su aceptación, creencia y elaboración creativa de esos supuestos permanentes. Cuando un miembro se distancia de esos supuestos...está diluyendo su propia pertenencia y empieza un proceso de alejamiento de su familia. (pág. 1)

Ahora hablamos del paradigma familiar como un organizador central de sus constructos, tendencias, expectativas y fantasías compartidas sobre su mundo social. Además cada transacción familiar en su vida social se guía por su propio paradigma, y las familias se pueden distinguir por las diferencias en sus paradigmas. “(pág. 2)

Con base en las conclusiones anteriores mi sugerencia para los terapeutas familiares sistémicos y demás psicólogos interesados en el tema, es que al iniciar todo proceso terapéutico tanto con el paciente con sus familias, recojan en primera instancia los constructos o significados que la familia y/o el paciente traen consigo alrededor de su situación problema, bien sea a través de estas técnicas de evaluación constructivista que empleé en la presente investigación o con la que mejor se identifiquen, para que con base en estos constructos centren los objetivos terapéuticos y acciones a realizar con la construcción de una nueva historia que ellos vivencian mejor cuando han dado sus propios constructos y sus “opuestos positivos” con el fin de lograr un proceso terapéutico exitoso.

REFERENCIAS

- Avilés, J.M. (1998, abril, 21). Epistemología para terapeutas familiares. Revista psicología de la salud 0709
- Bateson, G. (1991). Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Planeta-Carlos Lole
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. Y Weakland, D. (1956). Toward a theory of schizophrenia. New York: Behavioral Science.
- Bertalanffy, L. (1968). Teoría general de los sistemas. México: Fondo de Cultura Económica
- Cecchin G, Boscolo L, Hoffmann L, Penn P. (1987) Terapia familiar sistémica de milán. Buenos Aires: Editorial Amorrutu.
- Cecchin G. (1995) Seminario de la neutralidad a la irreverencia. Santafé de Bogotá.
- De Alda, I.O. (1995) Enfoques en terapia familiar sistémica. Barcelona: Herder.
- Gergen, K.J. & Mc Namee, S. (1996). La terapia como construcción social Barcelona: Paidós
- Góngora, J.N. (1995). Terapia familiar con enfermos físicos crónicos. II Jornadas: Orientación y terapia familiar pp 33-40. Madrid: Fundación Mapfre medicina.
- Gonzales, L., Mendieta, C., Ramirez, M. (1986). Tesis de grado: Análisis descriptivo de las reacciones psicológicas que presentan sujetos que adquieren un trauma raqui-medular o una enfermedad degenerativa. Santafé de Bogotá. Universidad Santo Tomás. Facultad de Psicología.

- Hernández, A. (1997). Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve Santafé de Bogotá: El Bicho.
- Labarthe, J. (1999, Mayo). Aproximación a dos abordajes psicoterapéuticos: La terapia familiar sistémica estructural y la terapia familiar contruccionista. PsicoUruguay (sitio de Internet de artículos, tesis, trabajos, de trabajadores de la salud de Uruguay) Dirección: <http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/7440/Unacomparacion.htm>
- Mahoney, M. J. & Neimeyer, R.A. (Eds) (1998) Constructivismo en psicoterapia Barcelona: Paidós.
- Maturana, H. (1984). El árbol del conocimiento. Chile: Editorial Hachette.
- Neimeyer, G. J. (1996) Evaluación constructivista. Barcelona: Paidós.
- Pakman, M. (1996) Construcciones de la experiencia humana Barcelona: Gedisa.
- Sorrentino, A. M. (1990) Handicap y rehabilitación. Barcelona: Paidós.

Chía, Septiembre 2000

Señores:

Clínica Puente del Común - Teletón

Por medio de la presente nosotros manifestamos nuestra aceptación y deseo de participar en el proyecto investigativo titulado: "Relación entre la construcción de significados que da la familia a la limitación física con el proceso de rehabilitación del paciente"; llevado a cabo por la psicóloga Martha Cristina Ballén. Tenemos conocimiento y estamos de acuerdo con la metodología a utilizar, y, a que por fines éticos nuestros nombres sean anónimos y/o cambiados en la presentación de esta investigación.

Estamos dispuestos a colaborar en este proyecto con el fin de que nuestras experiencias durante la terapia en el área de psicología sean de utilidad para futuras terapias y casos de rehabilitación similares al nuestro.

Atentamente,

Paciente

Familiares

Familiares

Familiares

Psicólogo de Planta

Psicóloga