

EL VÍNCULO EN LA TERAPIA SISTEMICA BREVE CON FAMILIAS DE ESCASOS RECURSOS

Ángela Hernández Córdoba

*Trabajo presentado en las
VIII Jornadas Francófonas de Terapia Familiar Sistémica
de Lyon, Francia
13 a 16 de septiembre de 1995*

A través del análisis de un caso, este artículo presenta la connotación dada al vínculo durante el proceso terapéutico con familias de niños y adolescentes que acuden al Hospital Día de Kennedy. Bajo esta connotación, el vínculo es tanto un componente de la problemática familiar como un recurso terapéutico muy significativo dentro de un medio social desfavorecido.

Contexto de trabajo

El Hospital Día de Kennedy es un centro de consulta integral para niños y adolescentes hasta los 18 años de edad, provenientes en su mayoría de los estratos sociales medio-bajo y bajo. El equipo profesional está constituido por dos psiquiatras, dos psicólogas, tres terapeutas ocupacionales, tres educadoras especiales, dos terapeutas del lenguaje y una trabajadora social.

El hospital tiene capacidad para hacer el tratamiento simultáneo de 100 casos aproximadamente, con una asistencia de una o dos veces por semana a cada servicio, según la estrategia terapéutica prevista por el equipo para cada caso.

Características de las familias y de los casos

Tomando como muestra los 67 casos tratados entre abril y julio de 1995, se encontró: 61% de familias completas, 27% de familias incompletas con madre jefe de hogar y 12% de familias incompletas que conviven con miembros de la familia extensa, generalmente con la abuela materna. Únicamente en un caso el padre convivía sólo con el paciente identificado.

La edad de los pacientes identificados se distribuyó así: 22% de 0 a 5 años; 51% de 6 a 12 años y 27% de 13 a 17 años.

Los motivos de consulta fueron: problemas de aprendizaje (22%), diagnóstico de autismo (21%), severo retardo del desarrollo (10%), retardo mental leve (7%), síndrome orgánico con problemas de comportamiento (9.5%), intento de suicidio (6.5%), síntomas de depresión y angustia (6,5%), maltrato físico y abuso sexual (5%), diagnóstico de psicosis infantil (4,5%), abuso de drogas o de alcohol (4,5%), conductas delictivas (3%).

La mayor parte de los casos fueron remitidos por el hospital general, la escuela u otros profesionales.

A nivel del funcionamiento de las familias completas se observó una gran ausencia del padre, quien pasa la mayor parte del tiempo en su trabajo y comparte muy poco de su tiempo libre con la familia; es la madre quien

asume las tareas domésticas y el cuidado de los hijos, aun cuando además deba trabajar fuera del hogar para aportar al presupuesto familiar. Son muy frecuentes los conflictos conyugales asociados al consumo de alcohol y a sus consecuencias de violencia e irresponsabilidad con respecto a la atención de las necesidades de la familia. Además, se observó que la distancia del padre aumenta en proporción directa con la severidad del problema del hijo identificado como paciente.

Es importante señalar que tampoco estos padres están satisfechos con su vida, pues la mayoría no escogieron el trabajo que tienen, pero no encuentran otras opciones laborales y se quejan de su suerte, llena de frustraciones y con un futuro incierto.

Con respecto al tema del vínculo, aparecen datos significativos: en la tercera parte de los casos la unión se produjo a causa del embarazo de la mujer;; el 40% de las madres reportan haber sido maltratadas o abandonadas en su infancia y muchas de ellas admiten haber rechazado al paciente identificado.

Todas las madres solas experimentaron el abandono por parte de su compañero y viven una situación de gran aislamiento social; de hecho, trabajan por lo general como empleadas domésticas por días, gastan mucho tiempo en transporte y no tienen formas de diversión. Las mujeres que viven con la familia extensa cuentan con algo más de contacto afectivo y de ayuda en la crianza de sus hijos, pero los conflictos alrededor del control de los niños son habituales en estas familias.

Entre las madres solas se encontraron varios casos de depresión, estados de angustia, enfermedades diversas, notorias actitudes de pasividad y sumisión, y marcados sentimientos de desarraigo.

Con respecto a los vínculos sociales, la mayor parte de estas familias carecen de todo tipo de seguridad social. Los padres tienen empleos informales e inestables y muchos niños no logran llevar una escolaridad completa ni adecuada por la falta de recursos.

Los vínculos en los barrios donde residen estas familias no alcanzan a ser tan significativos como para constituir una verdadera red social. Por el contrario, es llamativo cómo en muchos casos, las madres han abandonado la religión católica para entrar a las múltiples sectas e iglesias que ahora proliferan por todo el país.

El caso de Marta

Marta, de 41 años, es una madre sola con dos hijos: Pedro de 17 años y Nancy de 8. La niña fue inicialmente la paciente identificada, remitida por la escuela a causa de problemas de aprendizaje. Aun cuando Marta había sido integrada desde el comienzo al tratamiento de su hija, ella misma se convirtió en paciente del servicio a raíz de su intento de suicidio por intoxicación con medicamnetos.

Como ella vivía sola con Nancy en un inquilinato, el Instituto de Bienestar Familiar intervino en el caso y dejó a la niña transitoriamente bajo la protección de una tía paterna, debido a que el padre de la menor residía muy lejos de Bogotá, con una nueva familia conformada por él desde hacía cuatro años.

Marta depende de su trabajo como empleada por días, con un ingreso inferior al salario mínimo.

Pedro, convive hace más de tres años con un hombre reconocido como homosexual, desde la muerte de su abuelo materno, con quien había vivido a partir de los 12 años, cuando Marta comenzó a tener problemas, tanto con su entonces compañero y padre de la niña, como para controlar al muchacho. El padre de Pedro es

un ingeniero con quien Marta tuvo una aventura amorosa y quien nunca se ha ocupado de su hijo. El joven no ha mantenido ninguna actividad laboral estable y apenas llegó a segundo de bachillerato.

A pesar de que Marta tiene a su madre y a varios hermanos, su familia de origen es para ella otra fuente de decepción: sufrió desde niña el rechazo de la madre, la rivalidad con las hermanas y el engaño de los hermanos alrededor de una pequeña herencia dejada por el padre.

Actualmente, la madre tiene un diagnóstico de cáncer, pero conserva sus sentimientos ambivalentes hacia Marta, de manera tal que si un día le muestra un poco de consideración, al día siguiente la desvaloriza totalmente.

Marta solicita entonces nuestra ayuda después de su intento de suicidio, remitida por el psiquiatra del hospital, quien teme por su estabilidad emocional, y por el juez de menores, quien exige un certificado de salud mental para definir si le confiere a ella o al padre la custodia de la niña.

El concepto de vínculo

A nivel conceptual, el vínculo como fenómeno propio de las relaciones humanas ha sido abordado por diversos autores, pero para efectos de este análisis se ha escogido como marco de referencia la teoría del apego afectivo de John Bowlby (1980), quien la ha desarrollado con base en la etología y la teoría del control, de manera compatible con la perspectiva sistémica.

El hace varias generalizaciones sobre la conducta de apego, pero aquí sólo se presentan las más relevantes con respecto a la problemática de la población estudiada:

- a. La conducta de apego es toda forma de comportamiento que lleva a que una persona busque o conserve la proximidad con otro individuo diferenciado y preferido.
- b. El apego es una conducta estructurada a la manera de los sistemas homeostáticos; por lo tanto, ella se activa para mantener la proximidad o la comunicación con la figura de apego escogida.
- c. La conducta de apego tiene una función de supervivencia, porque pone al individuo en contacto con otros que lo protegen contra los riesgos y las amenazas a la vida.
- d. En el curso del desarrollo sano, la conducta de apego induce el establecimiento de vínculos afectivos o de apego, primero entre el niño y los padres, y luego entre adultos. Este tipo de comportamiento se conserva toda la vida.
- e. La relación de apego es complementaria, pues el protector y el protegido participan en forma recíproca.
- f. La mayor parte de las emociones intensas surgen alrededor de la formación, el mantenimiento, la modificación y la renovación del apego. La conservación de un vínculo se vivencia como una fuente de seguridad y su restauración como una fuente de alegría.

- g. Se considera que la psicopatología aparece porque el desarrollo psicológico ha seguido un camino atípico, y no porque el individuo se haya quedado fijado o haya hecho una regresión a sus primeras etapas de vida.
- h. Los patrones perturbados de la conducta de apego pueden existir en todas las edades, sea por la excesiva facilidad para activarla, o por el contrario, por el desligamiento total o parcial.

Dado que el objetivo de la conducta de apego es mantener el vínculo afectivo, toda situación que parezca ponerlo en peligro provoca reacciones orientadas a preservarlo; dichas reacciones serán proporcionales a la dimensión del peligro percibido.

Cuando fracasa el esfuerzo por restablecer el vínculo, tal esfuerzo se debilita pero no se suspende. Por el contrario, a intervalos cada vez más distantes, la persona reactiva su intento por restablecerlo, bajo el impulso de la aflicción intensificada. Esto significa que la necesidad de apego permanece despierta todo el tiempo, haciendo que se experimente un estado emocional de estrés y de sufrimiento crónicos, los cuales se pueden agudizar cuando las circunstancias son aún más amenazantes. En esta situación, disminuye la capacidad personal para manejar la propia vida, de modo que así se cierra un círculo de deterioro progresivo a todos los niveles de la existencia.

Si se aplican estas ideas al caso de Marta es evidente que sus vínculos han sido siempre muy frágiles: no ha logrado conservar el vínculo con la madre, el padre, ni los hermanos y tampoco con sus compañeros ni con su hijo. Además, sus condiciones de existencia han estado llenas de tensiones: abandonos, pérdidas, problemas económicos y jurídicos, inestabilidad familiar, laboral y de vivienda.

Dentro de este cuadro, no es de extrañar que ella haya "escogido" el suicidio como la única salida. Durante la hospitalización, su hijo, su madre, una hermana y algunos vecinos le han manifestado su preocupación y le han reconocido sus cualidades y la lucha que ella ha mantenido durante toda la vida, con lo cual ha logrado activar los vínculos afectivos y sociales de su red, al menos por un momento.

Sin embargo, esto no significa la solución a ninguno de sus problemas. Por el contrario, a la salida del hospital, ella se encuentra en peores dificultades porque debía: resolver el asunto de la custodia de la niña, pagar las deudas ocasionadas por la hospitalización, conseguir otra vivienda y otro trabajo, porque la dueña del inquilinato y las señoras empleadoras no deseaban continuar los contratos por temor a su inestabilidad emocional, y sobre todo, debía hacer frente, otra vez, a renovar la relación con sus hijos, con la esperanza de tener al fin una familia.

Esta era la situación de Marta al solicitar la ayuda terapéutica.

La terapia breve y el vínculo

A pesar que dentro del marco de la terapia sistémica breve no se habla específicamente del vínculo y que su carácter de brevedad podría hacer imposible la creación del mismo entre el paciente y el terapeuta, en el contexto de trabajo aquí descrito, se ha intentado generar un ambiente terapéutico tal, que los pacientes pueden encontrar una experiencia emocional donde ellos viven un contacto humano intenso y reviven momentos de su vida donde éste ha sido posible, independientemente del número de sesiones programadas.

Como afirma Ritterman (1983), el contexto terapéutico transmite automáticamente sus propios mensajes sobre la naturaleza de las relaciones que se establecen dentro de sus fronteras. Con respecto a éste contexto, ello ha implicado aplicar un modelo de terapia que parte de la colaboración, la proximidad afectiva, el reconocimiento y el apoyo, para estimular no sólo la apertura para obtener la información y abordar la problemática, sino sobre todo, para facilitar el acceso a un estado emocional dónde se pueden encontrar tanto el sufrimiento como los recursos para el cambio, mientras se construye un núcleo de pertenencia.

Aunque estas ideas son consideradas esenciales para el enganche del paciente en casi todos los modelos de terapia, aquí se subrayan como un componente fundamental para el trabajo en este contexto, porque esta población es generalmente maltratada por los servicios públicos, dado que además de la precariedad e ineficiencia de los mismos, existe la tendencia, a nivel de la salud y de la educación, a culpabilizar a los padres, y sobre todo a las madres, por los problemas de los niños y por su misma situación.

Esto significa que en el modelo aquí propuesto se intenta aprovechar la consulta a causa del problema del niño, no sólo para redistribuir el síntoma, sino para ayudar a los padres a entrar en contacto con ellos mismos y con su situación vital. Para tal efecto, se establece un contacto emocional intenso, a fin de facilitar la expresión de todos los sentimientos desde el comienzo de la intervención.

Con historias como la de Marta existe siempre para el terapeuta el riesgo de quedar atrapado por el impacto de los hechos. En nuestro caso, se asume una actitud de apoyo y de confianza, no para profundizar sobre las malas experiencias pasadas, sino para identificar los recursos, las motivaciones, las creencias y la forma como los consultantes han logrado enfrentarlas.

Esto no significa que el ambiente de las primeras sesiones sea pleno de tranquilidad y de confort, ni que las únicas formas de establecer el contacto sean el apoyo y la aceptación. Hay casos donde la proximidad surge justamente de una fuerte confrontación, al estilo de Salvador Minuchin. Esta es por lo tanto una aproximación que exige un gran involucramiento por parte del terapeuta, quien debe ser capaz de crear la intensidad alrededor de la frustración, la rabia y el miedo, y sobre todo debe ser capaz de contenerla.

Es dentro de esa intensidad donde se encuentran las fuentes naturales de motivación para activar el cambio, así como para sabotearlo, todo lo cual se aborda dentro del proceso terapéutico. Teniendo en cuenta la complejidad de casos como el de Marta, la estrategia terapéutica incluye tres niveles de intervención, relacionados entre sí:

1. Cada miembro de la familia como individuo, para movilizar sus emociones, creencias y conductas significativas con respecto al problema.
2. La estructura familiar, entendida como el conjunto de secuencias de interacción dentro de las configuraciones jerárquicas ligadas al género, al dinero y a la posición generacional.
3. La estructura social, ordenada también jerárquicamente, según criterios culturales, religiosos, de género, de clase y de generación.

Las estrategias terapéuticas son formuladas por el equipo profesional de manera tal que la trabajadora social se ocupa de la coordinación entre las agencias sociales implicadas, las terapistas ocupacionales, las fonoaudiólogas y las educadoras especiales hacen la intervención individual del niño definido como paciente, y la psicóloga terapeuta de familia interviene a nivel de pareja, de familia o de cada padre según el caso. El psiquiatra hace la psicoterapia individual de los niños y coordina el equipo profesional.

En este contexto, podría decirse que el vínculo con los miembros de la familia se mantiene a dos niveles: uno, con el equipo terapéutico, donde se desarrolla la conciencia de colaboración con los padres, quienes se convierten en coterapeutas y no en culpables de las dificultades de sus hijos, y el otro, a nivel de la intervención familiar propiamente dicha, según el modelo ya descrito.

Se habla de terapia familiar breve en el sentido de que el número de sesiones en este nivel de la intervención oscila entre tres y diez. Si bien se identifican todos los fenómenos propios de las estructuras familiares perturbadas, la terapia no se orienta a generar opciones de reorganización familiar según un modelo ideal de familia, sino a restablecer una estructura donde las posiciones generacionales correspondan a una jerarquía que favorezca la protección y el control, reconociendo que es posible tener un ambiente propicio para el desarrollo de los miembros dentro de diversas formas de estructura familiar.

Con respecto al vínculo, es evidente que en tanto que proceso circular, cada nivel lo alimenta a su manera, y por lo tanto la intervención debe movilizar los obstáculos presentes en los individuos, las parejas y las familias, intentando además involucrar a las instituciones y a otros miembros de la red potencial alrededor de cada caso, para favorecer las interacciones que mantienen la pertenencia, la solidaridad y la tolerancia de las diferencias, como valores humanos y como fundamentos indispensables de la estabilidad emocional.

En el caso de Marta, la intervención terapéutica a nivel familiar consistió en siete sesiones durante un período de tres meses, con el fin de: 1) reencontrar su ancla o su vínculo con la vida misma; 2) reorganizar la vida familiar; 3) definir la composición de su red social y resolver la situación jurídica de la custodia de su hija.

Para trabajar sobre los dos primeros objetivos, se hicieron sesiones con Marta y sus hijos, y algunas individuales con ella y con Pedro. Para el tercer objetivo, se estableció contacto escrito con el juez de menores, emitiendo el concepto sobre la estabilidad emocional de Marta, el pronóstico del caso en general y la sugerencia de continuidad de la terapia ya iniciada.

Como resultado del proceso, Marta logró reconocerse a sí misma como suficiente motivo para vivir, dado que comenzó a diferenciar su propio valor personal, de los obstáculos de todas las personas significativas en su vida para garantizarle un vínculo afectivo estable.

Ella habló con su madre y se pidieron perdón por todo el sufrimiento vivido en su relación, pero al mismo tiempo Marta comprendió que jamás su madre sería la madre que ella había necesitado siempre, y por lo tanto esa conversación fue más un adiós que un reencuentro.

Vivió una situación similar con el padre de Nancy, quien viajó a Bogotá para atender la citación del Bienestar Familiar para la definición de la custodia de su hija; él mostró una actitud hostil hacia Marta y expresó las mismas promesas incumplidas hasta el momento, por lo que el juez le confirió la custodia a Marta.

Pedro intentó vivir con su madre y su hermana, pero confirmó que era demasiado tarde para adaptarse a ser de nuevo hijo de familia y se fue a vivir solo. Este evento estuvo rodeado de violencia y de mucho dolor, pero al fin Marta lo aceptó como un elemento más del proceso de reorganización de su vida. Ella encontró otro trabajo, cambió de vivienda y reforzó los lazos de amistad con sus vecinos y con los miembros de la iglesia a la que asiste y dijo que, contando con el apoyo terapéutico, había encontrado sobre todo un contacto humano para ligarse de nuevo a la vida.

La niña continuó recibiendo en el Hospital apoyo psicoterapéutico, terapia ocupacional y refuerzo escolar.

Como dice Minuchin (1993), las familias en dificultad necesitan que el terapeuta sea el guardián de la solidaridad, porque los conflictos ocultan los vínculos que fundamentan la unidad y reducen la capacidad de realización individual, la cual es posible solamente a través de la cooperación. Esto implica que la terapia consiste tanto en un trabajo individual como familiar, creando una tensión como condición esencial para el cambio, de modo que es éste el desafío de la terapia familiar: favorecer tanto el desarrollo de la individualidad como el mantenimiento de los vínculos.

Algunos obstáculos para la creación de vínculos en la terapia

En nuestro contexto, los terapeutas no podemos olvidar que el ambiente social no estimula la confianza. Por el contrario, hay que tener en cuenta las amenazas y las incertidumbres de diversa índole, de las cuales se nutren el escepticismo y la desesperanza, reconociendo, por otra parte, que la exigencia de intensidad obedece también a la necesidad de ayudar a muchas personas en muy poco tiempo.

Por último, hay que enfatizar en que la confrontación debe aplicarse muy cuidadosamente para que no sea vivida como otra amenaza, especialmente porque la clarificación de situaciones ambiguas impulsa a las personas a tomar decisiones que las atemorizan, porque ellas las asocian con el peligro de quedarse solas.

Bibliografía

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. III. Loss: Sadness and depression*. Londres, The Hogart Press.

Donley, M.G. (1993). "Attachment and emotional unit". *Family Process*. 32 (1) 3.

Havens, R. A. (Ed.).(1992). *The wisdom of Milton Erickson. Human Behavior & Psychotherapy*. New York. Irvington Pub. Inc.

Minuchin, S. (1993). *Family Healing. Strategies for hope and understanding*. New York. Touchstone.

Ritterman, M. (1983). *Empleo de hipnosis en terapia familiar*. Buenos Aires. Amorrortu.