



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**EFFECTOS DE LA UTILIZACIÓN ERICKSONIANA DE
METÁFORAS EN LA COMUNICACIÓN DE FAMILIAS CON UN
NIÑO ENFERMO DE CANCER. ESTUDIO DE CASO.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:
AURORA VALDEZ MORALES**

DIRECTORA: MA. YOLANDA AGUIRRE GOMEZ



MÉXICO D. F.

NOVIEMBRE DE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**SE AGRADECE AL HOSPITAL GENERAL DE
MÉXICO POR ABRIR SUS PUERTAS A LA
PRESENTE INVESTIGACIÓN**

MTRA. XOCHITL PRADO SERRANO
COORDINADORA DE PEDIATRÍA

PSIC. MA. ANTONIA SANTIAGO SEGURA
COORDINADORA DE PSICOLOGÍA

AGRADECIMIENTOS

Había una vez un ave que volaba como podía volar, como había visto que otras lo hacían, solamente como lo había hecho siempre. Se alimentaba de las mismas cosas y miraba los mismos paisajes. Le entusiasmaba recibir lo que otras aves habían preparado para el momento en que ella pasara por las diferentes partes del camino.

De repente, se encontró con aves que le preguntaron: ¿Quién eres? y se dio cuenta de que no sabía. A partir de entonces miró con atención al colibrí que volaba libremente disfrutando de ser ligero, al búho que podía mirar aunque fuera de noche, al águila que volaba con firmeza y decisión, al quetzal que viviendo embellecía el lugar por el que pasaba, al halcón que miraba y dirigía su plumaje con amor y sabiduría, al loro que compartía de su canto alegrando la vida y al albatros que impresionaba con su sola presencia.

Al mirar la belleza de estas aves se emocionó y se le ocurrió que en momentos sería colibrí, en momentos sería águila, en momentos sería búho, etc. Pero después de un tiempo empezó a escuchar una voz interna, por la que poco a poco se dejó guiar...

... y un día esa voz interna la encaminó a una cascada, en la que se tuvo que mirar. Entonces reconoció a aquel colibrí en su interior, al búho, al águila, al quetzal, al halcón, al loro, al albatros, y también a la cigüeña, a la mariposa y al ave chucho que son parte también de la vida de ésta linda gaviota que empieza a volar, dispuesta a conocer nuevos paisajes, y a contribuir en la preparación de diferentes partes del camino por el que pasarán otras aves cuando sea su tiempo.

A MI FAMILIA:

A mi mamichis y a mi apá. Le agradezco la vida, su amor y cuidado al orientarme para crearme un mundo interno funcional.

A mamichis. Le agradezco su sensibilidad, su amor y su alegría, que son tesoros valiosos que llevo conmigo en cada momento de mi vida.

A mi apá. Le agradezco el mostrarme que la fuerza interna más poderosa, probablemente está acumulada en el dolor, y que es posible utilizarla sólo al tiempo en que se está preparado para tomarla.

A mi timbrita Dalia. Le agradezco su constante presencia y el compartirme la posibilidad de cuestionar lo que había sido incuestionable.

A Juanito Hernández Morales. Le agradezco su cuidado, sus consejos, y el acompañarme a traspasar varios retos que no me había dado cuenta de que ya podía.

A Pablo Jácome Hernández. Le agradezco el guiarme a encontrarme nuevamente con mi maestro interno y su influencia constante para dejar atrás la imagen miserable aquella.

A MIS SINODALES:

A Yolanda Aguirre Gómez. Le agradezco el existir, el ser, el compartir conmigo y el inspirarme a mirar nuevos horizontes.

A Marcelo Álvarez Córdova. Le agradezco su firmeza para guiarme a tomar el timón de mi barco, y el mantenerse cerca para recordarme que si ha de ser depende de mí.

A Paty Bañuelos Lagunas. Le agradezco ser humanitaria y cálida con la vida, ser comprometida y profesional con la gente. Sobre todo le reconozco y le admiro su posibilidad y su estilo de hacerse presente también cuando el dolor es fuerte.

A Félix Ramos Salamanca. Le agradezco su cuidado y su sabiduría para orientarme en lograr mis objetivos. También el permitirse conocer a Sabines y el compartirme a Sinatra.

A Pedro Vargas Ávalos. Le agradezco su dedicación e influencia, y el recibir su ejemplo como inspiración profesional.

A PERSONAS SIGNIFICATIVAS DURANTE MI DESARROLLO

A Juan Carlos del Razo. Le agradezco al ser que me ha compartido, y el mostrarme como las personas podemos avanzar sin perder de vista nuestra participación en la vida de otras personas.

A Salvador García. Le agradezco mi ángel, sus enseñanzas, su presencia suave y su amistad auténtica.

A mi maestra Blanca. Le agradezco el ejemplo de compromiso con cada niño y padre de familia, su confianza en mi trabajo, su consejo prudente y especialmente la amistad incondicional que ha tenido disposición de ofrecer.

A Eduardo Cortés. Le agradezco su compromiso profesional, su presencia en momentos difíciles y su estilo para guiarme a dar un paso más.

A Ma. Eugenia Rivera Pérez. Le agradezco su flexibilidad y calidez. Su disposición para continuar siendo y creando, constante y continuamente.

A Obed Machorro Galindo. Le agradezco su amor y respeto a la vida y a la naturaleza. Le reconozco su prudencia y le admiro el redescubrimiento de su fortaleza interna.

A Rafael Pascual Ayala. Le agradezco su presencia, su honestidad, su respeto y su determinación para ir hacia adelante e invitarme a crecer también.

A Lety Mercado Torres. Le agradezco su confianza, su fe, su paciencia, su bondad. El tener clara su misión y el contagiarme de su energía y compromiso con nuestra comunidad.

A Miguel Ángel Vera. Le agradezco su presencia, su concentración, su flexibilidad y su estilo de compartir. Y le reconozco la claridad con la que crea su misión personal.

AGRADEZCO A: Raúl Rojas Pérez, a Mayra Torres Alarcón, a Hugo Durán, a Paola Elizarrarás Torres, a Miguelito, a la señora Cristina Soto, al señor palomino, a Fernando Álvarez, a Jesusito, a Elvi, a Yessi, a Max, a Cristian y a Jobany. Por mantenerse presentes y compartirme de sí mismos.

*AGRADEZCO A CENATIF
(CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA FAMILIA:*

*El permitirme desenvolverme profesional y personalmente.
Y agradezco a cada participante que de alguna manera ha contribuido en su
fundación, mantenimiento y sentido de ser.*

DEDICATORIA

EL PRESENTE TRABAJO ESTÁ DEDICADO A LA MEMORIA
DE ERIK DE LEÓN VALDEZ.

Quien ha inspirado a una familia a concebir la vida de forma diferente.

INDICE

AGRADECIMIENTOS	I
DEDICATORIA	V
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1: LA FAMILIA COMO UN SISTEMA	5
1.1 ANTECEDENTES DE LA TERAPIA FAMILIAR	6
1.2 EPISTEMOLOGIA DE LA TERAPIA FAMILIAR	11
1.2.1 TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS	12
1.3 EL CONSTRUCTIVISMO	16
CAPITULO 2: LA PERSONA ENFERMA DE CÁNCER EN EL SISTEMA FAMILIAR.	20
2.1 LA PERSONA ENFERMA EN LA FAMILIA	21
2.1.1 EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA	25
2.1.2 EL GENOGRAMA	29
2.1.3 REDES SEMANTICAS	31
2.2 EL NIÑO ENFERMO DE CÁNCER EN LA FAMILIA	31
2.3 LA COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA	34
CAPITULO 3: EL NIÑO ENFERMO DE CÁNCER	41
3.1 ANTECEDENTES DE LA ONCOLOGÍA	42
3.2 ANTECEDENTES DE LA PSICOONCOLOGÍA	44
3.3 CAUSAS DEL CÁNCER	45
3.4 LEUCEMIA	46

3.4.1 TIPOS DE LEUCEMIA	47
3.4.2 CAUSAS DE LA LEUCEMIA EN NIÑOS	48
3.5 TRATAMIENTO MÉDICO	49
CAPITULO 4: EL ENFOQUE ERICKSONIANO Y SU UTILIZACIÓN TERAPEUTICA DE LA METÁFORA	51
4.1 MILTON H. ERICKSON	52
4.1.1 PREMISAS BÁSICAS DEL TRABAJO DE MILTON H. ERICKSON	53
4.1.2 UTILIZACION DE LA COMUNICACIÓN DE MILTON H. ERICKSON	56
4.2 UTILIZACIÓN ERICKSONIANA DE LAS METÁFORAS	61
4.2.1 CONSTRUCCIÓN DE METÁFORAS	66
4.2.2 ESTRATEGIAS PARA NARRAR HISTORIAS	69
CAPITULO 5: MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	74
5.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	75
5.2 PROPÓSITOS	75
5.3 LA METODOLOGÍA CUALITATIVA	76
5.4 PARTICIPANTES	78
5.5 CONTEXTO DE TRABAJO	78
5.6 INSTRUMENTOS	79
5.7 LA METÁFORA COMO ESTRATEFGIA DE INTERVENCIÓN	79
5.8 ETAPAS DEL DESARROLLO DEL TRABAJO	79
CAPITULO 6: RESULTADOS	84
6.1 UTILIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS	85

6.2 LA UTILIZACIÓN DE LAS METÁFORAS ERICKSONIANAS COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	88
6.3 REGISTROS OBSERVACIONALES DE LAS SESIONES	91
PRIMERA SESIÓN	92
SEGUNDA SESIÓN	95
TERCERA SESIÓN	99
CUARTA SESIÓN	102
QUINTA SESIÓN	105
SEXTA SESIÓN	108
SEPTIMA SESIÓN	112
OCTAVA SESIÓN	115
PRIMERA LLAMADA DE SEGUIMIENTO	118
SEGUNDA LLAMADA DE SEGUIMIENTO	118
CAPITULO 7: ANÁLISIS DE RESULTADOS	120
7.1 RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	121
7.2 FACTORES DETERMINANTES DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR	128
7.3 LA TERAPEUTA COMO PARTE DEL SISTEMA	132
CAPITULO 8: CONCLUSIONES	136
BIBLIOGRAFIA	140
ANEXOS	147
CONSENTIMIENTO INFORMADO	148

PREGUNTAS ORIENTADORAS DE LA ENTREVISTA INICIAL	149
ESTRUCTURA FAMILIAR (GENOGRAMA)	151
ENTREVISTA INICIAL PARA LA TERAPEUTA	153
ENTREVISTA INICIAL PARA LA TERAPEUTA (2)	154
ENTREVISTA PARA LA TERAPEUTA DE LAS PERCEPCIONES QUE SIENTE CON LA FAMILIA	157
ENTREVISTA PARA LA TERAPEUTA POR SESIÓN	159
REDES SEMANTICAS	161

RESUMEN

Se realizó la presente investigación con la intención de describir, dar sentido e informar, acerca del modo en cómo una familia puede reconstruir su concepción (respecto a sus posibilidades), al vivir la experiencia de que uno de sus miembros está enfermo de cáncer, después del impacto de la noticia. Se trabajó dicha reconstrucción utilizando metáforas desde la influencia Ericksoniana, y se observaron los cambios que los integrantes de la familia hicieron al comunicarse.

Esta investigación es de tipo cualitativo y se llevó a cabo en el Hospital General de México con una familia con un hijo de 4 años de edad que presentaba un diagnóstico incierto de leucemia cuando estaban viviendo la etapa inicial del tratamiento.

La intervención se integró por ocho sesiones (3 semanales y 5 quincenales), y dos llamadas de seguimiento con tres meses de diferencia. Las sesiones tuvieron una duración aproximada de una hora. Entre los instrumentos se utilizaron: una entrevista inicial, el genograma de la familia, las redes semánticas y entrevistas a la terapeuta. Finalmente cabe decir que durante la intervención se registraron las observaciones hechas del proceso de la familia, de la terapeuta y de la conexión entre ambos, para destacar los elementos que les llevó a lograr reestructurar la comunicación intrafamiliar.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación ha sido inspirada por la experiencia familiar de convivir y compartir con personas que vivieron una enfermedad crónico degenerativa. A través de dicha experiencia se vivieron diferentes momentos en la sintomatología de la enfermedad, pero también en la concepción individual, tanto de la persona enferma como del resto de la familia. Así pues, se evidenció, con el paso del tiempo, que esta concepción ha sido trascendente para el curso de la vida personal y familiar. Esta investigación significa contribuir en la atención que se puede dar al enfermo, a su familia y a los trabajadores de la salud para la atención de su propia persona.

La presente se llevó a cabo en el Hospital General de México, después de una constante búsqueda de la institución que abriera sus puertas. Al pasar dos meses de observación y ambientación, se inició el trabajo con una familia que tenía un hijo de 4 años de edad con un diagnóstico incierto de leucemia, esta investigación empezó cuando estaban viviendo la etapa inicial del tratamiento. Al haber tenido ya experiencias dentro de la institución, se consideraron varios factores para el estilo del trabajo que se realizaría, por ejemplo, se observó la demanda del servicio que había y en el trabajo realizado se ofreció atención personalizada a la familia, con la intención de enriquecer en el trabajo de equipo que se llevaba a cabo. Otra observación fue que las familias no solo alteraban su rutina, sino también su comunicación, dato fundamental para los propósitos de la presente investigación, pues al ir más a fondo se llegó a la pregunta: *“¿cómo influye la concepción respecto a la enfermedad, en la actitud de cada miembro de la familia?”*.

Durante las sesiones se estuvieron elaborando diferentes metáforas, que fueron estructuradas, narradas y entregadas de acuerdo al seguimiento que se estaba llevando del caso. Para dicho seguimiento, se consideraron los diferentes instrumentos que fueron utilizados en el transcurso de las sesiones: la entrevista inicial, el genograma de la familia, las redes semánticas y las entrevistas a la terapeuta.

En el transcurso de las ocho sesiones y las dos llamadas de seguimiento, se pudo observar que cuando la concepción respecto a la enfermedad se modifica, la comunicación con la persona enferma, con el resto de la familia y con el personal de salud, también se altera. Entonces la importancia de haber realizado el presente trabajo radica, a nivel institucional, en una propuesta de intervención con familias que viven experiencias similares a la familia con la que se trabajó y a nivel social, en una propuesta de atender la información que como seres humanos sentimos en nuestro interior, también cuando somos profesionales de la salud.

En la presente obra se encuentran los siguientes temas desarrollados por capítulos:

En el primero se exponer de manera breve, los sucesos más sobresalientes que han llevado a ver a la familia como un sistema, y a trabajar en un proceso terapéutico de acuerdo a esta propuesta. También se desarrolla de manera general la base epistemológica de la terapia familiar, el planteamiento e importancia de la Teoría General de los Sistemas (T.G.S) y la postura constructivista. La intención de explicar dichos contenidos es para exponer la forma en que se aplican en la dinámica familiar y por consiguiente en el ejercicio de la terapia familiar.

En el segundo capítulo, se habla de forma general del proceso que han reportado diferentes investigadores, que viven las familias con un miembro enfermo, desde que sospechan o confirman un diagnóstico de cáncer. Aunque dicho proceso varía de familia en familia, hay factores que influyen en todas como lo son: el contexto sociocultural, el momento en que se encuentra la familia en su ciclo vital, la historia de enfermedades de cada familia, las creencias respecto a la enfermedad, la edad de los miembros, etc. En éste capítulo el objetivo es describir las características de la teoría de los sistemas en el ejercicio profesional con familias donde hay un niño enfermo de cáncer, cómo lo viven por lo general tanto la familia como el niño y cómo varía este proceso dependiendo del momento en que se encuentren en su ciclo vital, así como la alteración que surge en su comunicación a medida que la enfermedad avanza.

Dado que la persona enferma de cáncer genera cambios importantes en su vida personal, pero también en su sistema familiar, y que dichos cambios tienen origen y al mismo tiempo repercuten en su sintomatología física, se consideró importante tener noción de dichas implicaciones físicas, por lo que se desarrollan en el tercer capítulo. Además, se exponen los antecedentes de la oncología y el surgimiento de la psicooncología como necesidad para el completo tratamiento de la persona enferma de cáncer. También se abordan las causas más comunes considerando los diversos factores que influyen para dar origen a un padecimiento cancerígeno. Y finalmente se explican las características de la leucemia en el niño enfermo.

En el capítulo cuatro, el objetivo es por un lado, explicar las razones por las cuales el enfoque que Milton H. Erickson utilizó, a lo largo de su experiencia psicoterapéutica, es adecuado para el trabajo con familias en donde hay un niño enfermo de cáncer; y por otro, para analizar la forma en cómo él hacía uso de metáforas, utilizándolas con diferentes estilos para lograr su objetivo inicial, que iba en sintonía con los de los consultantes.

En el quinto capítulo, se resaltan los aspectos más importantes que para los fines de la presente investigación tiene la metodología cualitativa, específicamente utilizando el método de estudio de caso. Y se describe el plan de acción llevado a cabo retomando lo explicado en los capítulos anteriores.

En el sexto capítulo, el objetivo es primero, describir, dar sentido e informar, la utilidad que tuvieron los instrumentos en el transcurso de la investigación y

posteriormente exponer los resultados obtenidos a partir de los registros hechos.

En el séptimo capítulo, se da respuesta a las preguntas planteadas en el inicio de la investigación, posteriormente se señalan los factores descritos que fueron determinantes en la comunicación familiar y finalmente se habla sobre la participación de la terapeuta dentro del sistema.

Y finalmente en el octavo capítulo, se presentan las conclusiones del trabajo realizado, así como las aportaciones en el área clínica y las propuestas para futuras investigaciones.

CAPITULO 1:

LA FAMILIA COMO UN SISTEMA

"Un sistema es una unidad integrada cuyas propiedades no pueden reducirse a las de sus partes: son sistemas los organismos vivientes, las sociedades y los ecosistemas". (Capra, 1998)

*El espíritu del valle no muere.
en él reside el sistema familiar;
en el umbral de la familia
reside la raíz del universo.*

*Sutil e ininterrumpido, parece durar;
su función no se agota jamás.*

(Idea original de Tao Te King, Lao Tsé.)

CAPITULO 1: LA FAMILIA COMO UN SISTEMA

En el presente capítulo tengo como objetivo exponer de manera breve, los sucesos más sobresalientes que han llevado a ver a la familia como un sistema, y trabajar en un proceso terapéutico de acuerdo a esta propuesta, pues se han visto resultados favorables con cada miembro en particular y con la familia en general.

También desarrollo de manera general la base epistemológica de la terapia familiar, el planteamiento e importancia de la Teoría General de los Sistemas (T.G.S) y la postura constructivista. La intención de explicar dichos contenidos es para exponer la forma en que se aplican en la dinámica familiar y por consiguiente en el ejercicio de la terapia familiar.

Para empezar, vale decir que con el transcurso del tiempo han existido diferentes personas que han hecho aportaciones nuevas a la terapia familiar, mismas que han abierto nuevas posibilidades de tratamiento satisfactorio ante las problemáticas que se presentan y a la vez han contribuido a complementar y enriquecer la terapia familiar sistémica actual, esto ha permitido el crecimiento y desarrollo de teorías que actualmente funcionan para el trabajo psicoterapéutico. A continuación menciono las que considero más importantes para los fines de esta investigación.

1.1 ANTECEDENTES DE LA TERAPIA FAMILIAR

En este apartado mi objetivo es señalar los sucesos y los personajes que a lo largo del tiempo y de acuerdo a su contexto y a su propio estilo de trabajo, han contribuido al enriquecimiento de la terapia familiar sistémica. Para empezar, comento algunos acontecimientos que fueron importantes históricamente y en el desarrollo de la psicología como la disciplina que conocemos ahora y que dieron lugar a lo que conocemos como terapia familiar actualmente.

Tras la primera guerra mundial surgió la necesidad de crear clínicas de orientación infantil por el gran número de casos psiquiátricos. La Commonwealth Foundation y la Rockefeller Foundation empezaron a patrocinar el desarrollo de clínicas de orientación infantil para la prevención de enfermedades mentales a finales de los años 1920 y principios de 1930. Posteriormente, la ascensión de Hitler a mediados de los años 1930 en Alemania, y la invasión de Austria dio lugar a un éxodo de psicoanalistas desde Alemania y Austria a Estados Unidos. En ese entonces las únicas plazas disponibles para estos psiquiatras estaban en las clínicas de orientación infantil y en las universidades. Así fue como se inició un proceso de fusión de las ideas psicoanalíticas sobre psicoterapia infantil con los conceptos desarrollados en las diversas clínicas de orientación infantil (Wiener & Dulcan, 2006).

Luego entonces, en los años de 1930 y 1940, un psiquiatra trataba al niño, un

asistente social se entrevistaba con los padres o con la madre, y un psicólogo hacía los tests. La implicación de las familias en las clínicas de orientación infantil evolucionó, en parte, a causa de la convicción de Adolf Meyer de que sólo sería posible estudiar y comprender al paciente si se trabajaba al mismo tiempo en la familia, y también a raíz del trabajo con delincuentes de Healy y Bronner (Wiener & Dulcan, 2006). Fue así como se empezó a desarrollar el trabajo con toda la familia en lugar de sólo atender a un miembro.

Por su parte en Alemania entre 1929 y 1932, Magnus Hirschfeld, famoso médico, sexólogo judío, desarrolló la teoría del tercer sexo, intermedio entre varón y mujer, se interesó en el estudio de una amplia variedad de necesidades sexuales y eróticas en una época en la que la denominación de las identidades sexuales aún estaban en formación. Se convirtió en defensor de los derechos de los homosexuales y recibió el epíteto “el Einstein del Sexo”. En 1919, Hirschfeld abrió el Institut für Sexualwissenschaft (Instituto para el estudio de la sexualidad) en Berlín. Dicho instituto contenía una biblioteca sobre sexo, proveía servicios educativos y consultas médicas, y también incluía un Museo del sexo (Sánchez, 2000). De esta manera se logró entre otras cosas, valorar la importancia de utilizar instrucciones prácticas para los consultantes.

Por otro lado, en Estados Unidos, entre 1930 y 1940, Popenoe, biólogo y especialista en genética humana, inició su formación en consejería marital con el estudio social de las familias y abrió la clínica del Instituto Estadounidense de Relaciones Familiares de Los Ángeles, California en 1934. Este personaje ha sido un pionero importante, y aunque no se cuenta con datos muy específicos, cabe señalar que fue miembro de la American Social Hygiene Association (Asociación Estadounidense de Higiene Social) en Nueva York y de la American Genetic Association (Asociación Estadounidense de Genética); y editó el Journal of Heredity. Así pues, Popenoe promovió, tal vez más que otros, el reconocimiento público de la profesión de Marriage Counseling (Consejería Marital). Y durante los años 1950 fundó la orientación familiar, un cambio de profesión que surgió de sus intereses eugenésicos por promover los matrimonios saludables entre personas aptas (Hoffman, 1990).

A su vez, la Dra. Emily Mudd, reconocida también como pionera de la orientación familiar, estableció la práctica de consejería marital en Filadelfia, en 1932. La doctora Mudd, se dedicó a la investigación de la consejería marital, enfocándose principalmente en el trabajo con adolescentes embarazadas, y en 1939 fue la primera en desarrollar un programa de evaluación. Ella fue una de las personas responsables de fundar la American Association of Marriage Counselors, AAMC (Asociación Estadounidense de Consejeros Matrimoniales) (Sánchez, 2000). Así pues, se encontró que los beneficios que aporta el uso de la ciencia, también se pueden orientar en beneficio de la vida marital de las personas.

Simultáneamente, en Londres, Inglaterra (del otro lado del océano Atlántico), David y Vera Mace junto con otros colegas, fundaron el primer Concilio de

Consejeros Matrimoniales (el Marriage Guidance Council), que para 1943 se había convertido en el Concilio Nacional de Consejeros del Reino Unido (National Guidance Council of Great Britain), después de investigar con el fin de encontrar respuestas constructivas para los crecientes problemas domésticos observados durante la primera depresión económica y los de la Segunda Guerra Mundial. La auténtica forma de trabajo consistía en que varios profesionales de diferentes especialidades entrenaban a un gran grupo de voluntarios quienes se preparaban para ofrecer orientación y apoyo a las familias en crisis o desintegradas, con tarifas muy bajas. De esta manera, para 1944 establecieron los lineamientos para formar orientadores familiares a través de estatutos y objetivos muy definidos que actualmente siguen funcionando (Hoffman, 1990). Así se logró vivir el trabajo en equipo de profesionales, brindando un servicio multidisciplinario, lo que actualmente resulta de gran calidad para las personas consultantes.

Hasta este punto entonces, es posible señalar que durante el transcurso de la historia se han encontrado como factores determinantes para la terapia familiar: de inicio la utilidad de trabajar con toda la familia en lugar de sólo atender a uno de sus miembros, la necesidad de actuar con practicidad, es decir, explicar como profesional lo que la gente ha de hacer prácticamente, incluso estableciendo pasos a seguir, además del uso de la ciencia en beneficio de la vida cotidiana de las personas y finalmente el logro de trabajar en equipo ofreciendo un servicio multidisciplinario.

Ahora, acercándonos más a lo que hoy conocemos como terapia familiar, señalo que en 1942 empezaron a tener lugar las reuniones hoy conocidas como conferencias de Macy; en las que participaban científicos pertenecientes tanto a las ciencias duras como a las ciencias sociales. Entre los participantes estaban Norbert Wiener, John Von Neuman (matemáticos importantes del siglo XX) y los neurofisiólogos Arturo Rosenblueth (mexicano) y Rafael Lorente de No (español); el matemático autodidacta Walter Pitts, el neuropsiquiatra Warren McCulloch, el psicólogo Kurt Lewin, los antropólogos Margaret Mead y Gregory Bateson y el psiquiatra Milton H. Erickson por mencionar a algunos de los más importantes; además, como invitados que participaron en algunas de ellas están: Heinz Von Foerster, Nathan Ackerman, Ross Ashby, Leon Festinger, Claude Shannon, Eric Erikson, Roman Jacobson y Alex Bavelas. Estas conferencias han sido reconocidas como el parteaguas epistemológico más importante en el campo de la ciencia, sin embargo, el comienzo de la segunda guerra mundial imposibilitó que se continuaran, por lo que tuvieron que esperar cuatro años (Eguiluz, 2004).

Dichas reuniones de Macy, fueron algo así como el caldo de cultivo de nuevas ideas que con el paso del tiempo influyeron fuertemente en el desarrollo de muchas disciplinas científicas, pues de las ideas formuladas de 1946 a 1953 en dichas reuniones, y de los trabajos realizados en forma independiente en esos mismos años, surgieron innovaciones teórico-conceptuales que bosquejaron un nuevo marco conceptual de referencia: la cibernética, cuyo objeto de estudio se enfocó a los procesos de retroalimentación y control en el ser humano y las

máquinas. Con dicha aplicación de las nociones cibernéticas a diversos campos científicos, se hizo posible pensar en una nueva manera de abordar los problemas e incluso se pasó a hablar en años posteriores de una cibernética de segundo orden (Eguiluz, 2004).

Para finales de los años 1950 y durante 1960, Bateson, Bowen, Jackson, Laing, Lidz, Wynne y otros comenzaron a desarrollar la teoría de la terapia de familia, en la que Ackerman (1958) y Satir (1968) por mencionar algunos, tuvieron gran influencia para la evolución en cuanto a las aplicaciones clínicas (Wiener & Dulcan, 2006). Al respecto, se considera a Nathan W. Ackerman como el precursor de la terapia familiar, por ser el primero en incluirla en su enfoque terapéutico, pues para él la continua interacción dinámica entre los factores biológicos que determinan la vida del ser humano y el medio social dentro del cual interactúan, anteceden al conflicto intrapsíquico. Para él entonces, la finalidad de la terapia es enseñar a las personas cómo alcanzar una vida mejor dentro de los valores y de la cultura que tiene cada familia.

Entonces, como resultado de los pasos dados previamente, según Ochoa (1995) la terapia familiar surge alrededor de los años 1952 y 1962 al obtener información sobre el miembro que presentaba el síntoma, con el fin de explicar cómo influyen las relaciones presentes entre los miembros de la familia en la situación que se presentaba. Cabe señalar que aquellos años, los años 60, suponen un alejamiento de los planteamientos psicoanalíticos y un predominio de la Teoría de la Comunicación. Pues en Estados Unidos, específicamente en Palo Alto, surge el grupo conocido como Mental Research Institute (MRI), que se basa en los estudios de Gregory Bateson sobre la comunicación entre el paciente con esquizofrenia y su familia (Ochoa 1995).

Así pues, el antropólogo y filósofo Gregory Bateson, es reconocido como uno de los fundadores del campo de la terapia familiar ya que fue uno de los primeros en introducir la idea de que una familia podía ser análoga a un sistema cibernético. Antes de enfocar su atención en la dinámica familiar, investigó la estructura familiar de las tribus de las islas de Bali y Nueva Zelanda con su esposa Margaret Mead; además, de la comunicación y comportamiento en algunas especies animales. Habiéndose iniciado en el campo de la comunicación y sus conceptos paradójicos, durante su observación con familias de pacientes esquizofrénicos, quedó sorprendido de la gran cantidad de contextos paradójicos y meta mensajes que presentaban estas familias. En 1952 obtuvo fondos de la Fundación Rockefeller para continuar con sus investigaciones en este campo, junto con Jay Haley, quien se interesó por establecer contacto profesional con Milton Erickson y John Weakland. En 1956 se enfocaron al estudio de familias con miembros esquizofrénicos, esta investigación proponía la siguiente premisa: “la esquizofrenia se debe a que el niño es atrapado por la madre en un contexto mental basado en una comunicación de paradojas”. A dicha investigación se le conoce como “teoría del doble vínculo” (Bellmunt, 2005).

Por su lado, en Inglaterra también surgen investigaciones relacionadas con la dinámica familiar. Laing comienza a trabajar con familias de esquizofrénicos y durante las décadas de 1960 y 1970, aumenta la conciencia de que en la organización social del individuo podía hallarse una nueva explicación de la motivación humana. Por la misma década, surge otro centro relevante en Italia, llamado grupo de Milán, en donde trabajaban Mara Selvini- Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata. El núcleo del tratamiento ya no es el individuo ni un sistema general, sino la organización del pequeño grupo de trabajo y la familia nuclear y extensa (Ludewing, 1996).

Así pues, el concepto de familia en esta orientación lo constituyen los planteamientos estratégicos, estructurales y sistémicos, orientados diestramente a la eficacia, entienden las familias como sistemas sociales abiertos, que estructuralmente se dejan cambiar de forma adecuada mediante ciertas intervenciones. La familia constituye un entramado de reglas de comportamiento con las que se asegura su equilibrio interno (Ludewing, 1996).

Habiéndose logrado ya éstas concepciones respecto a la estructura familiar, señalo que Salvador Minuchin en 1967 en Estados Unidos, donde estudiaba el funcionamiento familiar de los jóvenes puertorriqueños emigrantes con problemas de delincuencia, desarrollaba la escuela estructural de terapia familiar (Bellmunt, 2005).

La intención de dicho estilo de trabajo es llegar a soluciones adecuadas considerando que en la familia se trazan fronteras claras entre las generaciones, distribuyendo jerárquicamente las competencias y acomodando esa estructura interna a los propios ciclos evolutivos y al entorno, cuando no sucede así, surgen los trastornos y se busca eliminarlos de la estructura de la familia mediante intervenciones correctoras. Salvador Minuchin es conocido como el representante de éste estilo de trabajo, él afirma que la terapia no debería ser un mero ejercicio de entendimiento, por el contrario, la terapia debería estar orientada hacia la acción (Minuchin, Yung & Simon, 1998).

Él considera que para el terapeuta intervencionista, la familia constituye el contexto privilegiado en el cual las personas pueden expresarse de manera plena y en toda su complejidad. Dice Minuchin que para el terapeuta, la vida familiar es tanto drama como historia. Como drama, la vida familiar se desenvuelve en el tiempo. Tiene un pasado, expresado en historias narradas por los personajes. Pero también es presente, que se desarrolla en las interacciones de estos personajes. Y como el drama, la vida familiar es también espacial. Los miembros de la familia se comunican entre sí con gestos y sentimientos tanto como con palabras (Minuchin, Yung & Simon, 1998).

El proceso de cambio ocurre a través del compromiso del terapeuta con la familia. El terapeuta es un catalizador del cambio familiar y asume que cualquier acontecimiento terapéutico que se produzca durante la terapia se debe a este compromiso. Así, el terapeuta traslada el drama familiar al consultorio y atiende al

movimiento: las diferentes entradas y salidas, los movimientos de los familiares entre sí. Observa los gestos: cambios sutiles en la postura, los toques aparentemente casuales mediante los cuales los miembros de la familia se avisan ente sí; los límites que definen las afiliaciones, las alianzas y las coaliciones comienzan a aflorar. Cuando esto sucede, el terapeuta empieza a experimentar las fuerzas familiares y desarrolla una comprensión experimental de los patrones interactivos familiares elegidos y a su vez comienza a sentir las alternativas subyacentes que podrían llegar a ser accesibles. Ahora podría emplear sus respuestas personales para guiar sus intervenciones, quizás incluyéndose de forma resuelta en el drama familiar. Intervenir de este modo conlleva sus problemas, pues añade otra fuerza a un área interpersonal de por sí ya sobrecargada. Pero la respuesta a este problema no estriba en evitar el compromiso sino en controlarlo. Minuchin afirma que el terapeuta necesita concienciarse de su ignorancia y de sus conocimientos, precisa saber cómo las normas sociales moldean a la familia, necesita conocer los factores fisiológicos, culturales y económicos. Debe saber que él mismo está limitado por su propia historia. Pero a pesar de estas limitaciones, debe hacer algo más que escuchar. Él modula la intensidad de sus intervenciones de acuerdo con las necesidades de la familia y de su propio estilo personal (Minuchin, Yung & Simon, 1998).

En síntesis, de acuerdo con Minuchin, Yung & Simon (1998), los tres axiomas que caracterizan el modelo estructural son:

1. La actividad individual tiene el poder de alterar el contexto en que se sitúa.
2. El individuo participa de continuo en reciprocidad con el ambiente y ambos se influyen entre sí (modelo circularidad de causa- efecto).
3. La experiencia interior del individuo cambia cuando lo hace el contexto en que vive (ciclo de vida).

Para terminar éste apartado, cabe decir que la terapia familiar sistémica en México tiene su raíz con la fundación del Instituto de la Familia, en el año de 1972 y del Instituto Mexicano de la Familia en 1975, a pesar de que en sus inicios ninguno de los dos institutos trabajaba con lo cual se puede considerar como la primera escuela de formación para terapeutas familiares en México (Eguiluz, 2004).

Este ha sido el aporte histórico de la terapia familiar. Sin embargo para que pudiera surgir la Terapia Familiar Sistémica se requería de diversos cambios conceptuales y de la aparición de nuevas disciplinas, entre ellas la Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana y la Cibernética, además de cambios significativos en los modelos clínicos de aquel entonces (Ochoa, 1995). A continuación, abordo la epistemológica de la terapia familiar.

1.2 EPISTEMOLOGIA DE LA TERAPIA FAMILIAR

En éste apartado expongo de manera breve y general las características de la

epistemología de la terapia familiar sistémica, explicando la importancia de la Teoría General de los Sistemas (T.G.S).

La palabra epistemología proviene de la raíz griega epistemein que significa estar parado encima, hacerse experto en un arte y se la define como Logos, tratado o teoría del conocimiento. Gnosis, se refiere a la búsqueda del conocimiento, es decir, la adquisición del conocimiento a través de los procesos cognitivos; praxis es la adquisición del conocimiento por medio del hacer y del actuar (Jutoran, 1994).

La epistemología acerca de las disciplinas científicas trata de evaluar la calidad de su conocimiento científico, la verdad o falsedad de sus teorías o qué relación debe darse entre la explicación y la predicción de un fenómeno. Es por eso que de acuerdo con Brunet y Morell (2001), la reflexión epistemológica asume dos tareas:

1. Examinar críticamente la práctica científica y llamar la atención sobre las dificultades que aparecen en esta práctica (función crítica), y
2. Desarrollar una concepción sistemática alternativa a la práctica científica aplicada que implique alguna mejora en la resolución de los problemas de los que se ocupa la ciencia (función heurística).

Estas dos funciones plantean una reflexión sobre los límites del pensamiento y las condiciones de su ejercicio.

Por su parte, Gregory Bateson propone considerarla, como una rama de la ciencia combinada con una rama de la filosofía, propone que, como ciencia, la epistemología es el estudio de cómo los organismos conocen, piensan y deciden; como filosofía, la epistemología es el estudio de los límites necesarios y otras características de los procesos del conocer, pensar y decidir. La epistemología, desde este punto de vista, se centra en cómo conocen los que conocen, las propiedades del observador, en lugar de, qué es lo que se conocen, las propiedades del objeto de conocimiento (Jutoran, 1994).

A continuación explicaré los puntos que considero más importantes de ésta epistemología, en relación con la presente investigación.

1.2.1 TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Aunque fue en 1968 cuando Ludwing Von Bertalanffy presentó su obra Teoría General de los Sistemas (T. G. S.) que fue recibida por filósofos, matemáticos y biólogos con incredulidad por ser aplicable a las matemáticas así como a todas las demás ciencias. La concepción organísmica fue planteada primeramente por J. D. Bernal en 1957, en Francia. Esta teoría llegó a constituir un modelo práctico para conceptualizar los fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar, pues su Teoría General de los Sistemas busca principios y

leyes aplicables a sistemas generalizados o a sus subclases, sin importar su particular género, la naturaleza de sus elementos componentes y las relaciones o fuerzas que imperen entre ellos (Sánchez, 2000).

La Teoría General de Sistemas parece proporcionar un marco teórico unificador tanto para las ciencias naturales como para las sociales, que necesitaban emplear conceptos tales como "organización", "totalidad", globalidad e "interacción dinámica"; lo lineal es sustituido por lo circular, ninguno de los cuales era fácilmente estudiable por los métodos analíticos de las ciencias puras. Desde esta teoría, lo que parecía una verdad total, era solamente una verdad en cierto grado, ya que cuando se aislaba artificialmente se le privaba de la relación que la hacía parte de la verdad total y, por tanto, eran distintas cuando estaban en un sistema diferente. Dicho de otra forma, lo individual perdía importancia ante el enfoque interdisciplinario, en este nuevo punto de vista sistémico se enfatizaba el no aislar los elementos en su interacción contextual e intrínseca, ya que, Bertalanffy define los "sistemas", como "complejos de elementos en interacción" y establece una distinción entre sistemas abiertos y cerrados, considerando que todos los sistemas vivientes son abiertos al intercambio de materia, energía e información con el entorno y que en los sistemas cerrados hay una continua tendencia hacia la desorganización y destrucción del orden (Bertalanffy, 1976).

Toma de Cannon el concepto de homeostasis o equilibrio dinámico entre entradas y salidas, lo que permite en el sistema cambios continuos a la vez que predominan condiciones relativamente uniformes.

De la Teoría de la Comunicación incorpora el concepto de información como entropía negativa, medida que favorece el orden y la organización. Utiliza la noción de organización como elemento importante para comprender la complejidad de los sistemas vivos, y toma de la Cibernética el concepto de retroalimentación y sus mecanismos de control, positivos y negativos, que amplifican y corrigen la desviación respectivamente, para mantener al sistema dentro de un equilibrio dinámico. Para Bertalanffy, la estructura del lenguaje parece determinar qué rasgos de la realidad serán abstraídos, y con ello qué forma adoptarán las categorías del pensamiento. Por otro lado, el cómo se ha visto el mundo determina y forma el lenguaje. Tanto Bertalanffy como Bateson y los teóricos de la Comunicación adhieren a la concepción de Korzybski "el mapa no es el territorio" (Jutoran, 1994).

Al retomar los puntos mencionados en el párrafo anterior, de otros investigadores, Bertalanffy propone la Teoría General de los Sistemas, según Sánchez (2000), con los siguientes postulados:

1. Todo sistema es una unidad organizada y sus elementos respecto al sistema son necesariamente independientes. Este principio, sugiere que el comportamiento de un individuo no se podrá entender sin comprender el contexto de este.

2. Los patrones que rigen al sistema son circulares y no lineales. El comportamiento de la persona A influye en el comportamiento de la persona B, que a la vez influye en el comportamiento de A y así continúa, lo que permite en el sistema (familia) que no recaiga la culpa en un solo individuo (paciente identificado) del sistema.
3. Los sistemas mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis. La interacción del sistema (familia) se mantiene por sus funciones de balance de equilibrio.
4. La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos. Con el paso del tiempo cambia la relación del individuo con el medio ambiente, lo que cambia las reglas internas del individuo para conceptualizar la estructura del mundo.
5. La estructura sistémica está formada por subsistemas. Los subsistemas son componentes que desarbolan actividades distintivas y se relacionan con otros para mantener al sistema.
6. Los subsistemas de un sistema están delimitados por los límites, la interacción entre ellos está determinada por reglas implícitas y patrones de conducta. Así es como el intercambio de información entre dichos subsistemas está regulado por reglas implícitas o explícitas, que funcionan para la organización y la interacción entre los miembros, en éste caso, de la familia.

Entonces, en la relación cotidiana con las personas con las que interactuamos, la conducta de cada quien afecta a las demás, pues formamos parte del sistema, y el estilo personal de integrarnos lo practicamos en nuestra propia familia de origen. Dicho de otra forma los sistemas interpersonales pueden entenderse como circuitos de retroalimentación, en que una de sus características principales es buscar su equilibrio. Los estudios sobre familias con un miembro esquizofrénico ha permitido observar que la existencia del paciente es esencial para la estabilidad del sistema familiar, y ese sistema reaccionará rápida y eficazmente frente a cualquier intento interno o externo, de alterar su organización (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1991).

Por tanto, ver esta teoría en un marco de terapia familiar y dado que todo organismo viviente lleva a cabo una continua asimilación y eliminación de elementos para mantenerse en un estado de homeostasis o equilibrio; una familia sería un sistema viviente que se rige por los mismos estímulos. Por tanto, la teoría de los sistemas, permite obtener una nueva visión respecto de la conceptualización de funcionalidad, modificando la unión lineal o reduccionista por una sistémica o contextual. Entonces, se concibe que la conducta de un miembro de la familia afecta y está relacionada con los demás miembros y dicha conducta es resultado de múltiples causas, pues cada familia tiene el derecho y la libertad de vivir su

propia verdad, sin ser vista como patológica. Sin embargo, al hablar de resultados insatisfactorios dentro del sistema, desde ésta visión, hablamos del sistema familiar y no sólo de un individuo. Este concepto de sistema desde un marco terapéutico, es complementado con el de la cibernética y son fundamentales para la concepción actual que permite ver a la familia como un sistema.

Los principios básicos de la teoría de los sistemas en la terapia familiar según Sánchez (2000), son:

1. Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias. Por lo que el comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema.
2. La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas. “La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia” (Minuchin & Fishman, 1992). Por tal razón existen jerarquías, éstas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades.
3. Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales, la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de un miembro, como el del paciente identificado (P.I), es consecuencia e influye en el comportamiento de los demás miembros de la familia. Minuchin y Fishman, 1992, considera que la patología, el resultado insatisfactorio, está en la estructura familiar, no en el individuo.
4. Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis, pues la tendencia central principal de un sistema es mantener el equilibrio. Los sistemas ó las familias rompen su equilibrio, no necesariamente por la destrucción, sino también por cambios que pueden darse por el principio de crecimiento o de morfogénesis. La homeostasis en el sistema familiar es la búsqueda innata de la media después de una desviación.
5. La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos. Esto significa que entre los sistemas vivientes abiertos, la familia es uno de los más dinámicos, ya que todos y cada uno de sus subsistemas interactúan ante un mundo lleno de estímulos y cambios continuos. Algunos podrán permanecer inmutables a los cambios, pero finalmente éstos ejercerán una fuerza para modificarlos o destruirlos. Todos estos cambios realizan una fuerza o inercia de retroalimentación en todos y cada uno de los miembros del sistema familiar. La estructura del mundo es cambiante como debería serlo la estructura familiar.

Finalmente es importante mencionar que la familia como sistema, se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa,

exigencias que cambian con la variación de los requerimientos sociales que se le plantean a través del tiempo, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen. Este proceso ocurre a través de un equilibrio dinámico, homeostasis. Luego entonces, en la sesión de terapia, se intercambian diálogos respecto del problema presentado para que se obtengan más perspectivas, puntos de vista alternativos, con el fin de que la propia familia encuentre sus soluciones. Es por eso que los descubrimientos y los cambios que resulten del proceso terapéutico son logros de la familia consultante y para lograrlos el terapeuta ha de involucrarse con la familia, en sus diálogos, sus historias, sus fuerzas, sus recursos, sus significados y su estilo de comunicárselos (Andolfi, 1990). Sin embargo en dicho proceso influye la experiencia interna que tiene cada miembro, de esto hablo en el siguiente apartado.

1.3 EL CONSTRUCTIVISMO

A lo largo de nuestra vida, los seres humanos pasamos por diferentes experiencias, muchas de ellas son agradables y nos llenan de bienestar, sin embargo hay otras que no lo son. Afortunadamente no se nos obliga a vivirlas y reaccionar ante ellas de una única manera, sino que son susceptibles de ser interpretadas dentro de una infinidad de posibilidades, mismas que vivimos de acuerdo a la información previa que tenemos al respecto. En este apartado explico cómo el constructivismo participa en este proceso.

Para empezar quiero señalar que, aunque las raíces del movimiento constructivista se pueden rastrear desde el trabajo realizado por Platón, fue durante los siglos XIX y XX, cuando se transformó de disciplina filosófica en programa científico. En particular, fue gracias a los trabajos de filosofía y ciencia de Vico, Kant, de Pribram, Maturana, Varela, Von Foerster, el etólogo Konrad Lorenz y el epistemólogo Jean Piaget, que la teoría de los sistemas y la cibernética de primer y segundo orden, de Bateson, Keenev y los Teóricos de la Comunicación, principalmente impulsada por publicaciones de Watzlawick a partir de los años 80, tuvo gran impacto en aquel entonces (Elkaim, 1996).

El constructivismo se basa en una epistemología del observador: “cómo es que conocemos”. Los constructivistas intentan desarrollar una epistemología de adentro hacia fuera, es decir, comienza con el observador y luego éste convierte al mundo exterior (Jutoran, 1994).

El constructivismo radical propuesto por Ernst Von Glasersfeld para explicar el pensamiento radical se fundamenta en cuatro fuentes: el Lenguaje, el Escepticismo, la teoría de la evolución de Darwin y la Cibernética. Entonces, desde ésta postura, es cuestionada la capacidad humana de representarse fielmente la realidad. Pues se considera que el mundo que experimentamos lo construimos automáticamente nosotros mismos, pero no nos damos cuenta de la manera en que hacemos esté proceso de construcción (Jutoran, 1994).

Desde esta posición (Jutoran, 1994), considerando que el mundo es diferente de acuerdo al lenguaje, el constructivismo se fundamenta en dos principios básicos:

1. El conocimiento no es recibido de forma pasiva por medio de los sentidos o por medio de la comunicación, sino construido activamente por un sujeto cognoscente.
2. La función de la cognición es adaptativa y sirve para la organización del mundo experiencial, no para el descubrimiento de una realidad objetiva ontológica.

Entonces, el conocimiento no es una representación de la realidad, sino el resultado de la actividad racional, una construcción del sujeto. En términos metafóricos, Ernest Von Glasersfeld dice que la realidad es como una cerradura, y nuestra construcción de ella, la llave que la abre (Watzlawick, 1988).

Como se puede ver, desde el constructivismo se concibe el conocimiento como el resultado de un observador al operar sobre sus observaciones, constituidas autoreferencialmente. Este observador es una parte del sistema capaz de observarse a sí mismo y de auto organizar su observación de forma consistente con su estructura y con el medio en que subsiste. De esta manera, procesos básicos como la emoción o los reflejos son otras tantas formas de construcción del significado. Al proceso continuo de autoorganización, de este observador se le conoce como self, y es a partir de él que el significado se establece, a partir de las relaciones en su historia evolutiva, a través de relaciones o patrones de apego con figuras significativas y de esta manera configura las implicaciones, construcciones y formas relacionales, para organizar la anticipación del mundo que se experimenta y que luego verbaliza o explica (Elkaim, 1996).

Por su parte, Whorf (1956), agrega que son las pautas lingüísticas, como la sintaxis, la semántica y el pragmatismo las que determinan lo que un individuo percibe del mundo, de su verdad en relación a él y lo que le rodea; estas pautas pueden variar en forma infinita respecto de la infinidad de grupos, y etnias y lenguajes utilizados por éstos, pues la influencia sociocultural es muy importante (Sanchez, 2000).

Dicho de otra manera, “construyo mi realidad interna a partir de la posición en que me coloco respecto a lo demás”, es decir, no hay una verdad pues el observador y lo observado se influyen mutuamente formando una unidad, luego entonces, el observador puede responder de acuerdo a la realidad que tiene ya construida de cómo debe comportarse, ó bien, puede elegir construirse una respuesta de acuerdo a sus metas y objetivos vigentes. Desde ésta visión mis respuestas las determino por la realidad interna que me estoy construyendo y al hacerlo influyo

sobre la realidad exterior: en relación a los otros con quienes me relaciono, pero también, con mi propio cuerpo y con sus alteraciones físicas.

De acuerdo con Watzlawick (1988), es de esta manera como surgen las profecías autocumplidas, pues la certeza de que un hecho va a suceder, hace que se creen las condiciones necesarias para que éste se dé, es decir, crea una realidad que no se habría dado sin ella. De aquí la importancia de cómo interpretamos la información dada, ya que si construimos una realidad con la convicción absoluta de que es así, nos condicionamos para actuar de modo que se cumpla.

Entonces, lo importante no es lo “real”, sino lo que nos colocamos como interpretación de la realidad, ya sea porque es lo que “llegó” o porque lo elegimos responsablemente. Esto hace diferencia con respecto a los resultados que obtengamos de las decisiones tomadas o de la inconsciencia en los actos (Aguirre, 2004).

Por otro lado, durante este proceso interno, nuestro cerebro tiene el trabajo central ya que interactúa con un amplio campo de información y es en esta interacción que se manifiesta para nosotros lo que llamamos realidad, aquello que percibimos tal como nos lo muestran nuestros sentidos y que para nosotros es el “mundo objetivo”. Sin embargo, ahora con la información previa, podemos deducir que nuestro cerebro solo toma aquello que nuestros sentidos son capaces de captar en términos de modalidades sensoriales, que no son sino modos de energía o vibración, es decir, objetos, colores, formas, texturas, sonidos, etcétera, pero no la cualidad, pues es nuestro cerebro quien la decodifica de la forma en que puede hacerlo y el resultado final es lo que llamamos percepción, la que confundimos con el estímulo primario por lo que pensamos que no es algo que nosotros hemos creado en nuestro cerebro, sino la realidad inmutable y ajena a nosotros (Álvarez en Robles, 2005).

Maturana y Varela (1998), subrayan que la percepción visual nace en la intersección de aquello que se ofrece a nosotros y de nuestro propio sistema nervioso: ellos han demostrado que aquello que nosotros vemos no existe al exterior de nuestro campo de experiencia, sino que resulta de la actividad interna, lo que producimos de la información obtenida por el mundo externo. Han establecido igualmente que los criterios de validación de una experiencia científica no tienen necesidad de la objetividad para funcionar; lo que es necesario para el investigador no es un mundo de objetos, sino una comunidad de observadores cuyas declaraciones formen un sistema coherente, y es por esto que este biólogo pone la “objetividad” entre comillas (Maturana & Varela, 1998).

La aportación hecha por Maturana y Varela, ha sido una influencia importante para los terapeutas familiares, pues han sido llevados a descubrir que la construcción mutua de lo real en psicoterapia cuenta más que la búsqueda de la verdad o de la realidad. Este descubrimiento ha tenido por lo menos tres implicaciones capitales en el campo terapéutico:

- ❖ Una psicoterapia exitosa no implica que el terapeuta ha tenido razón, sino que la construcción que él ha edificado con los miembros del sistema terapéutico es operativa; asimismo, la intervención del terapeuta, en lugar de apuntar a hacer surgir alguna "verdad" pretendidamente aprovechable para el sistema o para sus miembros, debe tender más bien a aumentar el campo de las posibilidades.
- ❖ El concepto del acoplamiento estructural tal como Maturana y Varela lo han elaborado para describir aquello que se manifiesta en la intersección de un sistema determinado por su estructura y un medio en el que el sistema se inserta, mantiene la importancia de la autonomía individual y, por lo tanto, de la responsabilidad personal.
- ❖ Finalmente, proponen que es necesario formular imperativamente el problema en otros términos para evitar recaer en la pregunta: ¿Cómo es posible hablar de una situación de la cual nosotros participamos sin que nuestras descripciones sean contaminadas por nuestras propiedades personales?

Entonces, tomando en cuenta lo antes dicho podemos ver que a lo largo de nuestra vida vamos llevando a cabo éstos procesos, dando lugar a una representación social, que es un proceso de construcción de lo real, donde el énfasis en los procesos simbólicos es determinante, tanto como el lenguaje y su papel en la definición de la "realidad social". Así pues, la representación misma se actualiza en una organización psicológica particular y son sistemas de referencia que nos permiten: interpretar lo que sucede, dar un sentido a lo inesperado, elaborar categorías, clasificar circunstancias así como fenómenos, y finalmente elaborar teorías que establecen relación entre los hechos. Dicha representación, al ser comprendida dentro de "la realidad concreta" de nuestra vida social, son todo esto junto. Además, también representan la actividad mental de individuos y grupos, la relación mutua de las relaciones, con la meta de establecer su lugar respecto a situaciones, acontecimientos y comunicaciones específicas (Aguirre, 2004).

Es de esta manera cómo vamos formando nuestros mapas internos, aquellas creencias con las que nos movemos, con las que describimos nuestra realidad y a partir de las cuales tomamos decisiones determinantes para nuestra vida (Dilts, Hallboom & Smith, 1996).

A continuación, describiré la forma en cómo ésta construcción que nos estamos haciendo continuamente de la realidad, influye en la familia en que se diagnostica cáncer a uno de sus miembros y el impacto que tiene cuando dicho miembro es un niño.

CAPITULO 2

LA PERSONA ENFERMA DE CÁNCER EN EL SISTEMA FAMILIAR

Había una vez una familia en el camino, iba bien, pero de pronto sus integrantes se fueron cansando. Entonces se sentaron a la orilla y se quedaron dormidos. Un alacrán venenoso entró por la boca del más cercano, sin que los demás se dieran cuenta; pero un jinete que pasaba por ahí lo vio, sacó su látigo y comenzó a golpear a la persona y a sus acompañantes las veces que fue necesario, hasta que se despertaron y la persona más afectada vomitó, echando al alacrán fuera de su cuerpo.

"Nunca supieron quién fue el jinete que les golpeó, pero vivieron eternamente agradecidos".

(Inspirada en Sefchovich, 1999)

CAPITULO 2: LA PERSONA ENFERMA DE CÁNCER EN EL SISTEMA FAMILIAR

En este capítulo tengo como objetivo hablar de forma general, del proceso que han reportado diferentes investigadores, que viven las familias con un miembro enfermo, desde que sospechan o confirman un diagnóstico de cáncer. Aunque dicho proceso varía de familia en familia, hay factores que influyen en todas como lo son: el contexto sociocultural, el momento en que se encuentra la familia en su ciclo vital, la historia de enfermedades de cada familia, las creencias respecto a la enfermedad, la edad de los miembros, etc.

Como ya mencioné en el capítulo primero, Ludwing Von Bertalanffy propone una Teoría General de los Sistema (T. G. S), como intento de unificar el conocimiento científico, favorecer el desarrollo de la tarea interdisciplinaria y lograr una mayor integración y unidad en la ciencia. Su teoría busca principios y leyes aplicables a sistemas generalizados (Bertalanffy, 1976). En éste capítulo mi objetivo es describir las características de dicha teoría en el ejercicio profesional con familias donde hay un niño enfermo de cáncer, cómo lo viven por lo general tanto la familia como el niño y cómo varía este proceso dependiendo del momento en que se encuentren en su ciclo vital, así como la alteración que surge en su comunicación a medida que la enfermedad avanza.

2.1 LA PERSONA ENFERMA EN LA FAMILIA

De acuerdo con la T. G. S., la familia se conceptualiza como un sistema abierto, ya que interactúa entre sí y mantiene relaciones hacia fuera con otros sistemas, como son las instituciones de salud, escuelas y otras familias. Cabe mencionar que, como familia nuclear se considera idealmente al padre, la madre e hijos; y como familia extensa (otro sistema), a las familias de origen de los padres. En México, con frecuencia las familias de origen incluyen a varias familias nucleares. También se contempla la existencia de familias de recomposición o reestructuradas y otros tipos de familia que, aun cuando no tengan relaciones formales de parentesco, establecen relaciones semejantes de manera informal y que se denominan como familia de elección (Velazco & Sinibaldi, 2001).

Dado que en la familia todos sus miembros son susceptibles de enfermedades, es importante señalar que desde la primera infancia el ser humano está en contacto con éstas, el individuo llega a experimentar sensaciones internas inusuales debido a los diversos padecimientos con que se va enfrentando. De esta manera, ante la alteración interna de la persona, también el sistema familiar al que pertenece se altera. Aunque existe una definición social y cultural de los síntomas en cada contexto sociocultural, esta definición es aprendida a través del proceso de socialización, pues durante este proceso cada persona es enseñada acerca de las posibles causas de las enfermedades, las expectativas de rol de su familia y de los proveedores de salud y las normas sociales que definen su conducta en la

situación de enfermedad. Dicho proceso de socialización se lleva a cabo en el lenguaje de la familia (Velazco & Sinibaldi, 2001).

En algunos contextos socioculturales, la somatización, entendida como la expresión aprendida de problemas psicosociales en el lenguaje del cuerpo, es decir, el uso del cuerpo como un medio de comunicación de los problemas diarios con la pareja, hijos, trabajo, desempleo, adicción a las drogas, abuso sexual y otros, no sólo es un método aceptable, sino que al mismo tiempo es la forma más efectiva de obtener ayuda, en éstos casos, la somatización llega a ser una conducta normal (Di Silvestre, 1998).

Entonces, la experiencia subjetiva que el individuo se construye respecto a la enfermedad, está influida por factores socioculturales, pues de acuerdo al medio en que se desenvuelve, conoce guías en términos de qué hacer cuando siente dolor o disconformidad, de cómo expresar estos sentimientos verbalmente y no-verbalmente, de cómo pedir o no ayuda, y de lo que se espera de los roles y normas que deberían ser tomadas en cuenta para comportarse de acuerdo a las prescripciones de la cultura. En este sentido cada cultura tiene su propio lenguaje; en algunos grupos se espera una expresión emocional del dolor y la disconformidad, pero en otros lo opuesto (Kleinman 1982, en Di Silvestre 1998).

Es así como, la sociedad que construye la información cultural que se va heredando de generación en generación, está constituida por la familia, que es una institución tan antigua como la misma especie humana, donde el individuo se desarrolla y vive las primeras experiencias de realización y fracaso. Luego entonces, la familia funciona como un tamiz a través del cual los miembros aprenden a tomar de cierta forma las experiencias de la vida, y como describí en el capítulo primero, funciona como un sistema (Ackerman, 1988).

Respecto a la enfermedad, Velasco y Sinibaldi (2001), aportan que el concepto que el individuo y su familia, se hacen de ella, es el asiento de la experiencia subjetiva que se construyen. Ellos explican que a partir de un diagnóstico, el enfermo, así como su familia se enfrentan a una desorganización, misma que se estabiliza a partir de la manera en cómo se interpreta.

Por eso, es importante que el diagnóstico sea informado inmediatamente después de haberse realizado los análisis correspondientes, existiendo contacto personal directo del médico para dar la noticia en privado y disponer del tiempo suficiente ya que se presentan muchas preguntas sobre la enfermedad y sobre lo que se debe hacer. Por lo que es necesario que el médico utilice la terminología adecuada con el fin de no confundir y explicar con certeza lo que está pasando y las alternativas que existen. La tranquilidad que el médico muestre al informar sobre la enfermedad ayuda a disminuir la ansiedad que la persona enferma y su familia siente al recibir la noticia de tener cáncer. También la sinceridad del médico es primordial a la hora de presentar el diagnóstico ya que esto les permitirá seguir los procedimientos siguientes con la confianza de que se hará lo necesario para

su bienestar (Casciato, 1990).

La interpretación de la realidad que hace cada miembro de la familia es decisiva para determinar la resolución final de como se enfrenta esta crisis. En especial en la secuencia de síntomas, tests, tratamientos y hospitalizaciones que le siguen al conocimiento del diagnóstico, por lo que se hacen importantes los temas de la autoimagen y los planes para el futuro tanto del enfermo como de la familia ya que se enfrentará a cambios conductuales a través del tiempo, mientras dure la enfermedad por lo que es importante resolver problemas económicos, planear vacaciones, recuperar amigos, decir todo aquello que no se ha dicho y realizar algunos sueños. Es de ésta manera como, tanto la persona enferma como su familia pasan por diferentes etapas que tienen un proceso diferente y una crisis interna en cada miembro, que altera al sistema. Cambia la jerarquía, los roles y el estilo de relación y posiblemente queden espacios vacíos por lo cual habrá reestructuraciones en la dinámica familiar.

Rolland (1987) citado por Velasco y Sinibaldi (2001), propone un modelo de dicho proceso, en donde se relaciona la enfermedad y el sistema familiar. Este modelo se divide en tres aspectos importantes:

Crisis inicial: Comprende cualquier periodo sintomático desde previo al diagnóstico hasta cuando se confirma la enfermedad y se inicia el tratamiento. Se habla de un periodo de ajuste familiar en donde las necesidades son: aprender a manejar el dolor, incapacidad o cualquier otro síntoma relacionado con la enfermedad, aprender a manejarse dentro del ambiente hospitalario y enfrentarse a los requerimientos necesarios como son la quimioterapia y la radioterapia, y crear un significado a la enfermedad. Una de las principales metas en esta etapa es el establecimiento de un grado de flexibilidad en el sistema a través de la cual puedan reorganizarse con metas dirigidas al futuro los miembros de la familia.

Respecto a los niños, aunque son los seres más vulnerables en la familia, deben estar informados de lo que le está pasando. A menudo los niños fantasean y pueden llegar a pensar que la enfermedad se ha producido a causa de algo que ellos han hecho lo cual pueden manifestar mediante un comportamiento regresivo como por ejemplo pérdida de control de esfínteres, terrores nocturnos, problemas escolares, etcétera. Si los niños no están informados, pueden sentirse abandonados, aislados y aún más responsables de lo que pasa. Es importante que los médicos hablen con los niños de forma directa y sencilla, animándoles a que muestren sus sentimientos (Casciato, 1990).

Fase crónica: Comprende desde el momento en que la familia ya está viviendo los cambios en su rutina familiar, pues incluye las revisiones médicas, los estudios, los medicamentos, los cuidados en la dieta y en otros aspectos convenientes para el proceso que vive la persona enferma. En éste momento es útil que tanto el paciente como su familia aprendan a vivir día a día con la enfermedad. Una de las

metas que la familia debe enfrentar en esta etapa es la sobreprotección al paciente que habitualmente surge como una consecuencia de la culpabilidad.

Es recomendable que todos los miembros de la familia participen activamente en el cuidado de la persona enferma y que al menos uno de los miembros de la familia o el mismo paciente se informe a cerca de la enfermedad, por ello son importantes las charlas con el médico que atiende el caso (Casciato, 1990).

Fase Terminal: En éste momento el deterioro físico es evidente. La familia regularmente, siente tristeza por la separación, que aunque no es todavía física sí es intra psíquica y se manifiesta su amor a través de una preocupación, enfocándose principalmente al bienestar físico del enfermo. El siguiente sentimiento es el de tristeza por un lado, porque la familia que hasta entonces era, ya no existirá y por otro, porque la persona que está muriendo desaparecerá permanentemente y no podrán tener nuevamente contacto con ella (Velasco & Sinibaldi, 2001).

Durante todo éste proceso de la enfermedad, los miembros de la familia crean su concepción a partir de sus experiencias con los padecimientos que han tenido en la historia familiar, la vivencia de cada integrante de la familia ante dicha enfermedad y su propio estilo de afrontamiento partiendo de aprendizajes y creencias que se van aprendiendo en el ceno familiar, que es donde el individuo empieza a hacer su representación mental que influya a su actual respuesta (Velasco & Sinibaldi, 2001).

Por otro lado, es importante considerar la dinámica que la familia ha tenido desde antes del diagnóstico de la enfermedad, por lo que según Minuchin y Fishman (1992), es útil considerar los siguientes puntos:

- 1 La interacción que los miembros tenían desde antes de conocer el diagnóstico en comparación con la que tienen ahora.
- 2 Localizar la jerarquía, esto es, identificar quién ha tenido hasta ahora la autoridad y quién ha influido en los demás; ya que la falta de claridad en la jerarquía y en los límites puede generar conflictos en las relaciones.
- 3 Dado que las familias se subdividen a su vez en los subsistemas: parental, conyugal y fraterno, así como en subsistemas con base en el género, estos subsistemas implican la existencia de límites con el exterior, límites entre los subsistemas y límites individuales, que se especifican como fronteras que pueden ser claras, cerradas o difusas, por lo que resulta enriquecedor explorar el estilo que ha tenido la familia hasta el momento actual.
- 4 Resulta útil considerar las alianzas, éstas se definen como la unión de dos o más miembros, que a veces son transitorias y pueden ser positivas en

relación con el cuidado del enfermo, o de los hijos pequeños (alianzas instrumentales). Este patrón de interacción basado en el cuidado muchas veces resulta ineficiente, ya que puede impedir otras alternativas positivas para la familia (Minuchin & Fishman, 1992). Un apoyo para este ejercicio es el uso del genograma, instrumento que explico más adelante.

- 5 Es recomendable indagar acerca de la flexibilidad, entendida como la habilidad que tiene la familia para cambiar sus estructuras de poder, roles y reglas de relación en respuesta al estrés circunstancial o de desarrollo, ya que de esta forma se puede conocer la manera en que se enfrenta la familia a la enfermedad (Córdova, 2004).

Finalmente es importante para la familia jerarquizar sus prioridades para empezar a adquirir el control de la situación, así como encontrar redes de apoyo, en las que se sientan pertenecientes, contenidos y acompañados independientemente del momento en el ciclo vital en que se encuentra cada miembro de la familia.

En el siguiente apartado hablo de cómo el conocer el momento del ciclo vital en que se encuentra cada integrante, puede ayudar a comprender mejor la dinámica que vive actualmente la familia.

2.1.1 EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

En este apartado explico las características del ciclo vital de la familia tradicional y las más comunes alteraciones que existen cuando aparece la enfermedad. Para empezar, quiero recordar que la familia se va adaptando a las condiciones de vida que predominan en un lugar y tiempo dados y que actualmente no solo puede entenderse desde el aspecto tradicional (mamá, papá e hijos), sino que también puede estar constituida por uno de los padres y los hijos, ó uno de los padres y otros familiares, incluso hay hijos a cargo de otros adultos (no familiares). Sin embargo, toda familia tiene fines sociales, que de acuerdo con Ackerman, (1988), son los siguientes:

“Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.

Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.

Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquicas para enfrentar experiencias nuevas.

El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el

camino para la maduración y realización sexual.
La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la
responsabilidad social.
El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e
iniciativa individual”.

Cabe señalar que dichos fines sociales varían de acuerdo al momento que está viviendo cada familia, es decir, de acuerdo a la etapa en que se encuentran en su ciclo vital.

El concepto de ciclo de vida de la familia, se formuló por primera vez en sociología. Desde principios del decenio de 1970- 79, la mayoría de los terapeutas familiares prestaron mucha atención a este concepto utilizándolo como marco para realizar un adecuado diagnóstico de la problemática familiar, encontrando las fases y crisis transicionales que resultan inevitables en especial cuando llega un nuevo integrante a la familia, o bien, cuando otro la abandona o muere. De esta forma, a medida que el individuo aumenta su edad, tenderá a pasar por las diversas fases del ciclo familiar (Velazco & Sinibaldi, 2001).

Entonces, el ciclo surge porque la estructura de la organización familiar no es en ningún sentido estática. De hecho, diferentes autores lo dividen en un número variable de etapas, en el presente trabajo, por la influencia de Milton, H. Erickson en Jay Haley, elijo al último para exponer las etapas con las que él trabaja. Haley considera que el ser humano tiene la familia de su infancia, la familia del matrimonio, la de la paternidad, y la “familia del ocaso”, cuando es abuelo. De ésta manera, las funciones de la familia varían con su ciclo vital y éste consta de manera general de cinco etapas, presentándose en cada una de ellas, problemas o crisis distintas (Haley, 1989).

Estas crisis, varían de acuerdo a las características de la familia, pero se clasifican en crisis evolutivas o inesperadas. Se llaman crisis evolutivas a aquellos cambios esperables por los cuales atraviesan la mayoría de las personas. Dichos cambios requieren un tiempo de adaptación para enfrentar nuevos desafíos, que forman parte del desarrollo de la vida normal. Y por otro lado, se llaman crisis inesperadas a aquellas que sobrevienen bruscamente, que no están en la línea evolutiva habitual (pérdida del empleo, muerte temprana de un miembro, exilio forzoso, etc.) (Estremaro & García, 2003).

Sin embargo, tanto las crisis evolutivas como las crisis inesperadas pueden ser atravesadas por los miembros de la familia de distintas maneras, influyendo directamente el estilo de afrontamiento que han desarrollado hasta ahora con sus experiencias previas. Entonces, habrá familias que pasen por estos períodos de cambios con mayor "facilidad" que otras de acuerdo a su habilidad de adaptación, pues el ciclo vital está inmerso en la cultura y costumbres a las que pertenece la familia, por lo que no podemos decir que haya formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas (Estremaro & García, 2003).

La primera, llamada “Galanteo o noviazgo”, es donde la pareja da inicio al proceso de adaptación, estableciendo formas aceptables para relacionarse definiendo las características de su futura familia y la forma de administrarla (Haley, 1989). En ésta etapa, ambos miembros, llevan a su relación el estilo que han adoptado en su rol de varón o mujer y el conjunto de patrones culturales y familiares que conciben en el interior de su familia.

La segunda etapa, llamada “Matrimonio o Unión”, es cuando los cónyuges aprenden a vivir y compartir juntos, por lo que se constituye en una etapa de adaptaciones y decisiones fundamentales. En esta etapa la pareja vive nuevas tareas en relación con los roles del varón y la mujer que asumen, como el tomar decisiones en conjunto, obtener un ingreso suficiente, gastarlo satisfactoriamente, lograr adaptación sexual plena, establecer canales afectivos de comunicación interpersonal y prepararse para la llegada de los hijos (Haley, 1989).

La tercer etapa, llamada “Nacimiento y crianza de los hijos” es donde existe la necesidad de un acuerdo y comprensión mutuo entre el padre y la madre ya que, dicho de manera metafórica, los padres enseñan en la escuela más difícil del mundo, que es la dedicada a formar seres humanos, en donde son el consejo directivo, los directores, los maestros, los consejeros, los expertos en todas las materias de la vida. Por otra parte, no existe un acuerdo general respecto al “programa de estudios”, por lo que son los padres quienes deben elaborarlo, y en las familias no se tienen vacaciones ni días feriados, no se cuenta con la protección de un sindicato ni con sueldos, los horarios son de 24 horas durante los 365 días del año (Valencia, 1996).

Dentro de ésta etapa, el período más común de crisis es cuando los hijos comienzan la escolaridad. El problema cultural más habitual es cuando un progenitor, generalmente la madre, se alía sistemáticamente con un hijo en contra del otro progenitor, que puede ser el padre; ella protestará porque él es demasiado duro con el chico, mientras él lo hará porque ella es demasiado blanda. El padre es más periférico, y si interviene para ayudar a la madre, ella lo ataca y él se retira, dejándola incapacitada de manejarse eficazmente con el chico. Esta pauta se repite incesantemente, impidiendo que el niño madure y que la madre se desenganche de la crianza en beneficio de una vida propia más productiva. En tanto la pauta subsiste, el niño se convierte regularmente en el medio para que los padres se comuniquen acerca de los problemas que no pueden encarar directamente (Haley, 1989).

La cuarta etapa, llamada “El destete de los padres o la emancipación de los hijos” es caracterizada por ser el momento cuando los hijos dejan la casa paterna por matrimonio o por trabajo, dando origen a que los padres concentren nuevamente su atención en ellos mismos. Cuando el joven abandona el hogar y comienza a establecer una familia propia, sus padres deben transitar ese cambio fundamental de la vida al que se llama <<convertirse en abuelos>> (Haley, 1989).

La quinta y última etapa señalada por Haley, es “El retiro de la vida activa y la Vejez”. Uno de los principales problemas más importantes de la vejez es la lucha por mantenerse joven, y es una batalla perdida de antemano, generadora de malestares. Éste también es un punto crítico, que no suele ser de fácil manejo. Pero del modo como los jóvenes cuidan de los viejos deviene el modelo de cómo se cuidará de ellos cuando, a su vez, envejeczan, pues el ciclo familiar se renueva sin fin (Haley, 1989).

Cabe decir que en cada uno de estos períodos de la vida en familia, el individuo debe integrar sus disposiciones emocionales en los roles familiares correspondientes a lo adecuado para él.

Además es importante señalar que el sistema familiar bajo la circunstancia de una enfermedad, sufre cambios drásticos, empezando por cómo estaban antes de que ésta apareciera, dicho de otra forma, los sistemas familiares, como cualquier ser vivo, pasan por momentos de estabilidad a momentos de inestabilidad. Si aparece la enfermedad en los periodos de inestabilidad (como en la transición de una etapa del ciclo vital a otra), se tiende a regresar a patrones anteriores, provocando un retroceso en la familia y limitando las posibilidades de eficiencia en el manejo de la misma enfermedad (Córdova, 2004).

Esta situación se manifiesta en el interior de sus interacciones, así como hacia el exterior, influyendo de manera determinante, como lo mencioné antes, el momento en que se encuentra la persona en su ciclo vital y la flexibilidad de sus interacciones (Robles, Eustace & Fernández, 1987).

Respecto a las interacciones, los cambios en el entorno familiar y las nuevas relaciones que establecen en sus vidas están las siguientes:

- La incorporación en el sistema familiar del equipo médico.
- Acudir al sistema hospitalario en los periodos de crisis.
- Utilizar o no, las redes de apoyo disponibles, como son la familia extensa, los compadres, amigos y vecinos.
- La incorporación de nuevas redes como son:
 - ✓ Las instituciones de salud.
 - ✓ Los grupos de autoayuda.
 - ✓ Las terapias.

Y esto trae como consecuencia que en el interior de la familia los miembros vivan:

- Sufrimiento físico y emocional.

- Limitaciones en las capacidades de la persona enferma.
- Nueva distribución económica y de tiempo para enfrentar la atención física y médica del enfermo.
- El enfrentamiento con la muerte (culpas, temores, mitos y tabúes) y la depresión.

De esta manera se van definiendo las situaciones que influyen en el desarrollo de la enfermedad —y el éxito de los tratamientos—, de acuerdo con el estilo que ha desarrollado la familia y cada uno de sus miembros.

Entre los cambios en las interacciones se encuentran las redefiniciones de jerarquías y límites, que se llevan a cabo durante periodos más cortos, lo que aumenta la tensión y provoca que la familia se repliegue para facilitar su asimilación. Esto implica que muchas veces se rompa con las redes de apoyo existentes, para así poder responder a las necesidades que la enfermedad demanda. Dichas situaciones podrían ser por la incapacidad del paciente de valerse por sí mismo, producidas por periodos de crisis ó debidas a las consecuencias del mismo tratamiento, como pueden ser: ceguera, sordera, dieta alimenticia o las alteraciones en la apariencia física (Robles, Eustace & Fernández, 1987).

Entonces, dado que dicha enfermedad altera la estructura familiar y la organización de ésta, variando según el enfermo un niño/a, un adolescente o un adulto, es valioso conocer la organización actual de la familia y para esto nos podemos auxiliar del genograma, como lo explico en el siguiente apartado.

2.1.2 EL GENOGRAMA

Es una herramienta que se caracteriza por tener el formato de un árbol de la familia, en el que se plasma información sobre los miembros y las relaciones que la familia ha tenido durante por lo menos tres generaciones. Según Velasco y Sinibaldi (2001), durante el proceso de la vida en el niño enfermo, repercute de manera clara la relación familiar que se ha tenido, incluso desde antes de que ésta apareciera. El uso de esta herramienta, según Mc Goldrick y Gerson (1987) permite al terapeuta, resumir de manera eficiente la historia clínica de las personas atendidas, haciéndose al mismo tiempo hipótesis tentativas. De acuerdo con los autores es más eficaz el uso del genograma si se consideran los siguientes puntos:

- a) Trazado de la estructura familiar: Se hace la descripción gráfica de como están los diferentes miembros de la familia ligados biológica y legalmente entre sí de una generación a otra. Este trazado se construye con figuras

que representen personas y líneas que describan sus relaciones. Cada persona está representada según su género, con un cuadro si es varón y con un círculo si es mujer. Para la persona índice alrededor de la cual se construye el genograma (el niño enfermo), las líneas son dobles.

Persona representada	Simbología
Varón	
Mujer	
Persona a tratar (Paciente Identificado)	

b) Registro de la información familiar. Se registrará información sobre demografía, funcionamiento y sucesos familiares críticos. La información demográfica incluye edades, ocupaciones, nivel educativo, etc. El aspecto funcional incluye datos sobre funcionamiento emocional, salud física y comportamiento de los distintos miembros de la familia. Los sucesos críticos incluyen transiciones importantes, cambios significativos en las relaciones, migraciones, fracasos y éxitos.

c) Representación de las relaciones familiares. Comprende el trazado de las relaciones entre los miembros de la familia y se utilizan distintos tipos de líneas como se muestra a continuación:

Tipo de Relación	Simbología en la línea
Distante	
Unida	
Fusionada	
Conflictiva	

Desde 1987 Mc Goldrick y Gerson señalaban que las personas y sus problemas están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios de los cuales el principal es la familia. Por lo que proponían antes que nada identificar cómo se está “moviendo” el sistema, para posteriormente elegir la forma en que se ha de tratar, aunque dicho “movimiento” es determinado por la concepción que da cada miembro a los sucesos que está viviendo. Dicha concepción es digna entonces de conocerse con la finalidad de utilizar un lenguaje significativo para la familia, lo que comento a continuación.

2.1.3 REDES SEMÁNTICAS

Esta técnica tiene como objetivo principal, la aproximación directa al estudio del significado que las personas tienen sobre algo en particular. La importancia de esta técnica reside en que constituye un mecanismo a través del cual brinda la representación subjetiva que tienen las personas acerca del mundo, es una propuesta alternativa en la indagación de la subjetividad, cuya principal vía de acceso es a través del lenguaje (Valdez, 2002).

La operación que sigue consiste en pedirle a las personas que definan algunos aspectos subjetivos. Se les solicitará a los miembros de la familia dos tareas:

- a) El definir con la mayor precisión posible las palabras clave incluidas (por ejemplo: morir, enfermedad, viviendo), a través de la utilización de un mínimo de cinco palabras sueltas.
- b) Después de que definan la palabra o frase se les solicitará que jerarquicen el total de palabras que dieron como definidoras, en función de la relación, importancia o cercanía que consideraron tiene cada una de ellas a partir de dicha palabra. Le asignaran el número 1 a la palabra más cercana a la palabra estímulo, el 2 a la que sigue en importancia y así sucesivamente hasta jerarquizar el total de palabras definidoras.

Dado que el ser humano transmite un sentido, es decir, un significado a través de su lenguaje, resulta útil explorar la concepción que los miembros de la familia se están haciendo respecto a la enfermedad y su manera de vivirla, pues esto determina la actitud que llega a tomar, como lo explico en el siguiente apartado.

2.2 EL NIÑO ENFERMO DE CÁNCER EN LA FAMILIA

En este apartado desarrollo el tema desde dos perspectivas: la del niño enfermo y la de su familia, ya que, como he mencionado antes, aunque es la misma situación cada miembro la vive de forma diferente, de acuerdo a su propia concepción y con ésta finalmente determinan cómo se comunican en su sistema familiar.

Cuando el niño es el enfermo, existe una resistencia sociocultural más fuerte, pues un niño es vida y esperanza, además, dentro del ciclo familiar el niño está iniciando su vida en tanto que sus abuelos o incluso sus padres la están concluyendo. Por tal motivo durante el proceso del tratamiento del niño enfermo, el temor a la muerte del pequeño va acompañado de una serie de emociones muy intensas, desde la incredulidad e impotencia hasta el enojo y la desesperanza. Estas emociones en el enfermo como en su familia se van modificando conforme los síntomas de la enfermedad van avanzando, por lo que es muy importante la asistencia psicológica desde el inicio, es decir, desde que el niño y su familia van a conocer el diagnóstico.

En investigaciones del departamento de Oncología del Instituto Nacional de Pediatría, se ha encontrado que uno de los grandes problemas en el manejo integral de niños enfermos de cáncer lo constituye el concepto del diagnóstico que tienen los padres, el niño y el médico familiar y/o pediatra. De ahí la importancia del apoyo emocional que hacemos los profesionales de la salud, pues la mayoría de las familias con un niño enfermo crónico o que ha tenido hospitalizaciones repetidas, consideran a la enfermedad como una forma de castigo por una mala acción que realizaron. Los miembros de la familia, se centran al principio en los síntomas más evidentes, así como en los aspectos perceptivos más sobresalientes de la enfermedad, a fin de definirla, por lo que es recomendable desde este momento el apoyo emocional pues se requiere de una adaptación a un nuevo estilo de vida (Méndez, 2005).

En ese sentido lo que es evidente, es que las diferentes especies que habitamos el universo, podemos adaptarnos; de hecho, cuando el clima se vuelve más frío, un animal, en vez de correr de un lado a otro para permanecer en calor, desarrolla una pelambre más gruesa. Dicho de otra manera, según Capra (1998), “la flexibilidad de un organismo dependerá del número de sus variantes que sigan fluctuando en el ámbito de sus límites de tolerancia: cuanto más numerosas sean las fluctuaciones, mayor será la estabilidad del organismo. Un máximo de variación genética en una especie proporciona el número máximo de posibilidades que ésta tiene para la adaptación evolutiva” (Capra, 1998).

Respecto a la actitud de los miembros de la familia, está influida, como mencioné en capítulos anteriores, por la idea que se forman sus integrantes respecto a la enfermedad, y ésta varía de acuerdo a la edad y a las experiencias que han tenido, así como al estilo que les han inculcado para reaccionar ante estas situaciones.

Para ser más concreta, quiero mencionar que en general a los cuatro años, los niños no saben lo que es la enfermedad, y hasta los seis años no se diferencian los diversos tipos de enfermedades; se puede decir que todos los padecimientos son como uno solo. Posteriormente, entre los 7 y 9 años, la definición de lo que significa un padecimiento todavía aparece centrada en los síntomas, aunque los niños empiezan a referirse de forma incierta al proceso causal (Velasco & Sinibaldi 2001).

Por otro lado, cabe decir que durante la infancia, los niños están formando diferentes conceptos, entre ellos el de la muerte, así como el proceso para llegar a ella, dicho concepto depende de la edad, el ambiente y las experiencias que el niño ha tenido. El temor hacia ella empezará a penetrar en la mente del niño dependiendo de cómo se la enseñe el adulto, pues en su corta vida, el niño ha experimentado ya “Pequeñas Muertes”, que son separaciones dolorosas y, en muchos casos, pérdidas irreversibles, que muchas veces son insignificantes para el adulto, o al menos así lo aparenta, de esta manera va influyendo de manera determinante en el concepto que el niño se va formando al respecto. Las

pequeñas muertes las sufre todo ser humano porque son pruebas de la vida cotidiana: un cambio de casa, de escuela, de maestra, de amigos, de ciudad, o, más fuertes aún, cuando se trata de la separación o divorcio de sus padres. Así es como cada ser humano forma un historial personal y único de pérdidas que se va haciendo desde muy corta edad (Reyes, 1996).

Los padres, por su parte, en su afán de darle una explicación al sufrimiento y a la frustración que produce la enfermedad en su hijo, por lo general experimentan dos tipos de sentimientos: culpa y enojo. El primero puede llevarlos a situaciones autodestructivas, mientras que el segundo los conduce a culpar a otros, sobre todo a la pareja, por lo que se presentan conflictos abiertos o encubiertos con ésta, o bien, manifestándose contra las instituciones, el médico o los servicios de salud. La posibilidad de muerte de un hijo es para los padres un dolor muy grande, pues un niño significa vida y esperanza, en cambio su muerte producirá una serie de emociones antagónicas. De hecho, según Kübler Ross, pionera suiza en el trabajo con enfermos terminales, el 80% de los padres que sufren la muerte de un niño pequeño se divorcian aproximadamente, dos o tres años después del suceso (Reyes, 1996).

Hay factores emotivos muy poderosos que se suman para hacer este dolor tan agudo. En primer lugar, podemos considerar el lazo biológico entre padre e hijo que es excepcionalmente fuerte. Dicho lazo, es una de las fuerzas más poderosas que garantizan la supervivencia de toda especie ya que los instintos “animales” que impulsan al padre a proteger al hijo amenazado son necesariamente fuertes y profundos. En segundo lugar, existen lazos de responsabilidad, pues al ser quienes han traído al niño a este mundo, son responsables si se enferma o muere. Este sentido de responsabilidad suele tomarse culturalmente como instintivo y biológico, por lo que no se puede borrar fácilmente. La tercera consideración es que junto con el sentido de responsabilidad hay una sensación de impotencia, pues como padres, no pueden hacer frente a la situación, cuando en cambio en el pasado sí pudieron resolver muchos problemas, y esto suele producir un gran sentimiento de culpa (Buckman, 1995).

Como ya he mencionado antes estas concepciones son directamente influidas por los patrones culturales y transgeneracionales que ha vivido cada miembro de la familia determinando la actitud que tomarán para afrontar su experiencia actual, por lo que es conveniente el trabajo psicoterapéutico en éste sentido y en el presente momento.

Por otro lado, como mencionaba en el inicio de este apartado, se presume que los hijos no mueren antes de sus padres, parece algo no natural, así que la sola posibilidad de que pueda ser, resulta una ofensa a su configuración de la estructura del universo que tenía la familia. Además, también existe el fuerte sentimiento, que todos experimentamos, de que la infancia tiene que ser un periodo de alegría y placer protegidos. La enfermedad debería formar parte del mundo adulto, algo que nos golpee cuando podemos entender y afrontar el

problema e incluso en una edad de adulto mayor, cuando “ya hemos vivido”. Estos sentimientos están profundamente arraigados y cuando un niño (hijo) enferma y posteriormente muere, el deseo de encontrar un culpable es muy fuerte, y generalmente los padres se echan la culpa mutuamente, con lo que poco a poco se va haciendo mas fácil odiarse e inculparse, llegando a asociar el matrimonio con la idea de la enfermedad y de la destrucción de la vida del hijo. Como resultado se presenta a menudo un fuerte deseo de huir de todo esto y recomenzar (Buckman, 1995).

Respecto a los hermanos, sus reacciones emocionales dependen de la relación que mantenían con su hermano antes del diagnóstico, así como de la disponibilidad de sus padres para cubrir sus necesidades emocionales. En ellos también existe la preocupación acerca de las causas y el pronóstico de la enfermedad de su hermano, ya que existe el temor de que ellos mismos lleguen a enfermar. Por otro lado, también pueden sentirse ansiosos y culpables por estar sanos, o bien, por haber sido, desde un punto de vista fantasioso, los causantes de la enfermedad. Al igual que en el niño enfermo, las reacciones de los hermanos van de acuerdo con su edad (Velasco & Sinibaldi 2001).

Para terminar este apartado, quiero citar a Kübler Ross, quien decía que de acuerdo a su experiencia, morir no debe significar nunca padecer el dolor, pues en la actualidad la medicina cuenta con medios adecuados para impedir el sufrimiento de los enfermos moribundos. Ella afirmaba que éstas personas no sufren, si están instalados cómodamente, si son cuidados con cariño y si se tiene el coraje de llevarlos a su casa – a todos, en la medida de lo posible-, decía que entonces nadie protestaría frente a la muerte (Kübler, 2004). Así que el apoyo a las familias que viven la experiencia de tener un miembro infantil enfermo de cáncer, se centra en promover la unión y el contacto con el enfermo.

De acuerdo a la T. G. S es evidente que la relación que se lleva a cabo en el interior del sistema familiar ha sido fuertemente influenciada por el contexto sociocultural en que se ha desarrollado, así como a las experiencias y concepciones que ya tenían establecidas previamente. Sin embargo, los cambios significativos más profundos y sustanciales se pueden llegar a producir cuando se modifica el conjunto de creencias, para crear una concepción que permita mirar más posibilidades a la familia. Para ello es importante empezar por la comunicación en el interior del sistema, tema que expongo en el siguiente apartado.

2.3 LA COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA

En este apartado mi intención es por un lado, mostrar cómo la comunicación al interior de la familia va cambiando de acuerdo al momento en que se encuentran emocionalmente los miembros, pues el proceso de la enfermedad es determinante para el estilo que cada miembro utiliza para afrontarla; y por otro, describir las

aportaciones que Elizabeth Kübler Ross, pionera suiza en el trabajo con personas enfermas terminales, ha hecho para el actual tratamiento de estos casos.

Para empezar, me parece importante decir que actualmente, el concepto de la enfermedad "cáncer" se guarda en un contexto de "tabú", pues se le considera sinónimo de muerte, y por tal razón es común que se evite hablar abiertamente del tema con la idea de "no lastimar" a la persona enferma.

Kübler Ross, decía que dada la actitud de nuestra sociedad ante la salud, y dado el culto a la juventud que continua prevaleciendo, hemos desarrollado colectivamente una decidida aversión a la idea de la muerte y cualquier tema relacionado con ella. Esto resulta todavía más evidente cuando es un niño quien padece la enfermedad. Por otro lado, es común la concepción de que la enfermedad es lo opuesto a la salud y no un elemento de un mismo proceso (Kübler, 2004).

De hecho, existen familiares que se oponen a que el enfermo conozca el diagnóstico de su enfermedad. Sin embargo, todas las personas enfermas deben estar informadas a cerca de su pronóstico y las diversas opciones de tratamiento que existen, en los niños también es importante decirles la situación de su enfermedad y no intentar engañarlos. Por ello es importante el trabajo a realizar con los familiares, para tratar la ansiedad que la noticia les suele producir y ayudarlos a que comprendan la necesidad que tiene el niño de estar informado acerca de su enfermedad (Casciato, 1990).

También es importante mencionar que una demanda de muchas personas enfermas, e incluso de sus familiares, tiene que ver con la comunicación, pues aunque la situación de enfermedad genera en el niño enfermo, miedo, incertidumbre y un malestar subjetivo que se ha abordado mediante intervenciones psicosociales que tienen como fin último mejorar el ajuste y la adaptación a la enfermedad, el niño sigue solicitando principalmente la protección de su familia (Holland, 1998).

Sin embargo tanto el niño enfermo como su familia, a partir del diagnóstico, están viviendo un proceso al que Kübler Ross, después de trabajar con diferentes enfermos, dio el nombre de Proceso de Morir, ella describe desde su experiencia su forma de comprender y atender dicho proceso, basada en las siguientes fases (Kübler, 2002):

PRIMERA FASE: NEGACIÓN Y AISLAMIENTO.

Esta fase se refiere al momento en que el niño y su familia conocen el diagnóstico de la enfermedad. Generalmente la primera reacción es negar. Este momento lo viven también aquellos a quienes se les negó la verdad y que poco a poco la fueron descubriendo.

En ésta etapa, es posible que el niño no desee hablar con sus allegados acerca de la enfermedad por miedo a la reacción que estos puedan tener, sin embargo, hay casos en que el enfermo usa la negación con algunos miembros de la familia e incluso con algunos del equipo de salud, es decir, escogen a la gente con la que pueden platicar sobre su enfermedad y/o su muerte, mientras fingen mejoría con los que parece que no pueden tolerar la idea de su fallecimiento (Reyes, 1996).

Por su parte, la familia suele considerar que el médico está mintiendo y buscan opiniones de otros médicos, lo cual es válido para que aclaren sus dudas. La negación es un mecanismo de defensa saludable si no interfiere en el bienestar del niño y de su familia, pues funciona como un amortiguador que permite recobrase de la noticia, para luego movilizar otros mecanismos de defensa menos radicales. La persona que no dice nada, que no hace ninguna pregunta cuando se realiza el diagnóstico puede estar negando también los hechos, por ello es importante animar a la familia a que sigan las indicaciones que se les dan respecto al tratamiento para no interrumpirlo durante esta fase (Casciato, 1990).

SEGUNDA FASE: RABIA

La primera reacción deja paso a una nueva, ya que cuando no se puede mantener la Negación, ésta es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia, resentimiento. Esta fase es muy difícil de afrontar tanto para la familia como para el personal del equipo de salud ya que la ira se proyecta contra todo y contra todos.

Kübler Ross enriqueció las posibilidades de trabajo con las personas enfermas que viven esta fase y su familia, invitando a los trabajadores de la salud a preguntarnos ¿de dónde viene tanta rabia?, ¿a dónde quieren el enfermo y la familia que miremos?, ella decía que la tragedia radica en que no pensamos en las razones del enojo y lo tomamos como algo personal, cuando el origen no tiene nada que ver, o muy poco, con la persona que recibe toda la ira del enfermo o la familia. Kübler creía que si uno toma estas manifestaciones como algo personal, reacciona en consecuencia, lo que hará que el paciente aumente su conducta hostil (Reyes, 1996).

Ella tomaba en cuenta la comunicación que hay en el interior de la familia durante esta fase, sin embargo, también invita al equipo de salud a revisarse a si mismos para asegurarse de comunicar al enfermo y a su familia lo que se desea. Kübler comparte que en su experiencia, cuando la persona enferma y su familia se encuentra en esta etapa lo mejor que se puede hacer es escuchar y aceptar su ira, pues esto ayudará a que acepten mejor su estado. Ella dijo también que esto solo podremos hacerlo cuando hayamos enfrentado nuestros propios miedos a la Muerte y nuestros deseos destructivos y hayamos tomado conciencia de nuestras defensas que pueden estorbarnos cuando estemos con el enfermo y su familia (Reyes, 1996).

TERCERA FASE: REGATEO O NEGOCIACIÓN

Esta fase dura sólo breves periodos de tiempo, pero es igualmente útil para la persona enferma y para su familia. Según Kübler, en este momento la persona reflexiona sobre esta idea: “si no pude afrontar mi triste realidad en un principio y si me enojé con Dios y con todo ser viviente en un segundo momento, entonces, a lo mejor pueda llegar a un acuerdo que posponga lo inevitable”. El enfermo y la familia buscan el premio de que se prolongue la vida o que el enfermo pase más tiempo sin dolor.

La mayoría de éstas promesas se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto ó se dicen entre líneas, y dado que no es posible no comunicar, ya que lo hacemos aún sin palabras como lo menciono en el primer capítulo, Kübler invita a trabajar en equipo entre los encargados de la atención al enfermo, para poder librarlo de sus temores irracionales en el momento que comunique que los tiene. (Reyes, 1996)

El significado psicológico de esta fase, consiste en que la persona que la vive, tiene el valor de mirar de frente a lo que le acontece y pide que se le alargue la vida para poner sus cosas en orden, para concluir asuntos pendientes. Moviliza recursos internos para tener fuerzas en el final del viaje.

CUARTA FASE: DEPRESIÓN

La depresión se define, de acuerdo con el diccionario de Psicología de la Princeton University, dirigida por Howard C. Warren, como un estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable que puede ser normal o patológico. En este caso la palabra depresión designa una disposición psíquica de desesperación y un abrumador sentimiento de insuficiencia y bajeza (Reyes, 1992).

Aunque actualmente hay más clasificaciones de depresiones, Kübler, basándose en su propia experiencia de trabajo, considera a las dos que a continuación explico, y dice que por tener diferentes características, deben ser tratadas de manera diferente cada una.

Conforme pasa el tiempo, llega el momento en que el enfermo, así como su familia, ya no pueden seguir negando la enfermedad ni sostener la rabia, es cuando empezará a tener la sensación de una gran pérdida. Ésta pérdida puede aparecer por muy diferentes causas: amputaciones, cargas financieras, falta de la presencia de seres queridos, etc., aquí se lamentan pérdidas pasadas. Al sentimiento que surge se le conoce como depresión reactiva y se caracteriza por alguna sensación de vergüenza o culpa, por ejemplo a una mamá que está deprimida por sus ausencias prolongadas en su casa por estar más en el hospital, se le puede apoyar recordándole que sus hijos están bien cuidados (Reyes, 1996).

Por otro lado, también existe la depresión anticipatoria, que aparece como resultado de pérdidas que van a venir. Cuando ocurre esta depresión, es conveniente no estimular al paciente a que mire el lado alegre de las cosas porque eso significa que no es bueno pensar en la muerte cercana. Por un lado, el enfermo terminal está a punto de perder todo lo que quiere y a todos los que ama y por otro, su familia está a punto de perderlo a él, por lo que es favorable que expresen su dolor porque entonces les será más fácil llegar a la aceptación final, y agradecerá a quien lo pueda escuchar, sin pedirle que no esté triste (Reyes, 1996).

La depresión anticipatoria a diferencia de la reactiva, es normalmente silenciosa. Se trata de un sentimiento que puede aliviarse más fácilmente tocando la mano, acariciando el cabello, o sentándose en la cama, en silencio, al lado del ser humano que la vive.

Hay enfermos que sufren, especialmente porque sienten la presión por parte de quienes los quieren, de luchar por vivir, cuando lo que desea es prepararse a morir. Esta discrepancia entre lo que quiere el enfermo y lo que desean los familiares causa el mayor dolor y la más grande turbulación. Kübler considera que la depresión anticipatoria es necesaria y es benéfica al enfermo que pronto va a morir, si el deseo es que muera con aceptación y en paz (Reyes, 1996).

Es útil que el profesional de la salud establezca una conexión especial con la familia y con cada miembro, ganando así el identificar entre otras cosas las diferentes etapas que está viviendo y su estilo de afrontarlas.

QUINTA FASE: ACEPTACIÓN

Si la persona enferma tuvo suficiente tiempo y se le ayudó en todas las fases anteriores, llegará a la Aceptación, es decir, su muerte ya no lo deprimirá ni tampoco lo enojará. Podrá contemplar su próximo fin con relativa facilidad.

Dormirá a menudo en breves intervalos, sintiendo una necesidad cada vez más grande de dormir. Este descanso no se trata de un abandono resignado o desesperanzado, ni es la sensación de que para nada sirve seguir luchando, pero tampoco se trata de una fase de felicidad. En la aceptación, afirma Reyes (1996), hay una ausencia de sentimientos, él lo describe como el descanso final antes del largo viaje.

En estos momentos la familia es la que necesita más ayuda: el niño ha encontrado ya cierta paz y aceptación y su capacidad de interesarse por las cosas o las gentes está disminuida. Deseará que lo dejen solo, o por lo menos, que no lo inquieten con noticias y problemas, pedirá que los visitantes sean pocos y las visitas cortas. Y la comunicación se volverá muda. Quizá se limite a un cogerse de la mano y a que él nos pida que nos sentemos allí con él pero callados. Kübler afirma que estos momentos de silencio pueden ser las comunicaciones más llenas

de sentido para las personas que no se sienten incómodas de estar junto a un enfermo terminal. Cuando ya no hay de qué hablar, tocar la mano, o una mirada, o un recostarse en la almohada pueden decir más que muchas palabras (Reyes, 1996).

Como se puede ver, a medida que pasa el tiempo, los síntomas físicos derivados de la propia enfermedad o del tratamiento cobran más importancia ya que suponen una amenaza a la auto imagen del niño y a la imagen que los demás tienen de él, que viene dada por una serie de cambios en el aspecto físico, aptitudes físicas, mentales y los roles sociales. El afrontamiento que el individuo utilice para estos cambios dará lugar a una serie de reacciones emocionales que pueden ser de ansiedad (cuando el factor amenazante es lo primordial), de rabia (cuando se considera un ataque injustificado contra él), de culpa (si se intenta dar una explicación a la enfermedad basada en una causa justificable) ó de depresión (si se interpreta como una pérdida o daño) (Méndez, 2005). Es importante decir que, el estilo que han desarrollado los miembros de la familia varían, por lo que, las etapas pueden seguir el orden antes dicho, o bien, pueden alterarlo.

Entonces, durante el transcurso de estas fases hay momentos en que la familia evita la comunicación, pues teme enfrentarse a los miedos de su ser querido y carecer de estrategias adecuadas para ayudarlo a restablecerse. Así es como, en muchas familias se reduce el proceso de comunicación y se crea lo que se ha denominado la <<conspiración del silencio>>. La terapia es útil para explorar los sentimientos y miedos que la familia considere demasiado dolorosos para comentarlos con otros, incluso, miembros de su propia familia.

Este trabajo es muy importante, ya que en el interior del sistema se vive una comunicación que a veces ni los mismos miembros reconocen, ya que sólo sienten el vínculo tan especial que hay entre ellos. Al respecto, cabe mencionar que Lester Baker y su equipo, desarrollaron un método de medición de las respuestas fisiológicas individuales a las tensiones de la familia. Lo que hicieron fue someter a los padres de una familia, a dos situaciones de stress diferentes, mientras sus hijas los observaban a través de un espejo de visión unidireccional. Aunque las niñas no podían participar en la situación conflictiva, sus niveles de ácido graso libre (free fatty acid, FFA) aumentaron cuando presenciaron la situación (Minuchin, 1995).

De acuerdo a lo que la Teoría de la Comunicación Humana (T. C. H.) propone y tomando como referencia el método de medición explicado antes; se puede notar como toda la información, verbal y no verbal, es asimilada y almacenada por el receptor, dando lugar a una respuesta en la misma dimensión.

Es importante tener en cuenta que las personas enfermas y su familia estén en constante comunicación, pues aún en casos en que el niño pide que no se le diga de la gravedad de su enfermedad a su familia, y ésta a su vez ya lo había solicitado, se siguen transmitiendo información. Por ello hay que trabajar en

promover una comunicación más clara pues el amor que existe en el sistema busca mantener lo más posible hacerse evidente para todos los miembros. Por su parte la familia busca proteger lo más posible al niño y éste, como diría Kübler Ross, no tiene miedo a morir, tiene miedo a morir alejado del alimento espiritual que da una mano amorosa, separado de la posibilidad de experimentar las cosas que hacen que la vida valga la pena (Kübler, 2002).

Cabe decir que el sistema familiar tiene un mejor ajuste psicológico cuando cuenta con altos niveles de apoyo social ya que esto contribuye a establecer patrones de comunicación adecuados para facilitar el acceso a su red de apoyo: amigos, familiares o incluso otras familias que han vivido o están viviendo una situación similar (Méndez, 2005).

Finalmente quiero mencionar que para establecer dichos patrones de comunicación entre la persona enferma y su familia es valioso tener información sobre la enfermedad, pues de ésta manera los miembros comprenden mejor los cuidados que debe recibir su paciente y esto es muy útil para que colaboren en ellos, esto lo abordo en el siguiente capítulo.

CAPITULO 3:

EL NIÑO ENFERMO DE CANCER

Imaginarse caminando por una carretera larga y tortuosa...

De todos los incontables pasos dados, el último será el que defina la llegada al objetivo.

Sin embargo, no considerando los pasos anteriores como fracasos, ni siquiera los dados para rodear los obstáculos.

*Cada paso acerca un poco más al objetivo ...
estando siempre en movimiento.*

*Aprendiendo, descubriendo y abriendo paso
es vivir estando en el objetivo.*

(Retomado de Chopra, 2000)

CAPITULO 3: EL NIÑO ENFERMO DE CANCER

Como dije en el capítulo anterior, la persona enferma de cáncer genera cambios importantes en su vida personal, pero también en su sistema familiar; dichos cambios tienen origen y al mismo tiempo repercuten en su sintomatología física, por lo que considero importante tener noción de dichas implicaciones físicas.

En éste capítulo tengo como objetivo mencionar en general los antecedentes de la oncología y abordar la importancia de la psicooncología durante el tratamiento de la persona enferma de cáncer. Posteriormente, abordo las causas más comunes considerando los diversos factores que influyen para dar origen a un padecimiento cancerígeno. Y finalmente explico las características de la leucemia en el niño enfermo.

Para empezar expongo los antecedentes de la oncología y el surgimiento de la psicooncología como necesidad para el completo tratamiento de la persona enferma de cáncer.

3.1 ANTECEDENTES DE LA ONCOLOGÍA

En los más antiguos documentos escritos por la humanidad existen referencias sobre la enfermedad cancerosa. Es por esto que se puede decir que el origen de la historia del cáncer coincide con el origen de la historia de la humanidad. Sin embargo a pesar de sus profundas raíces históricas, el concepto de la oncología ha recibido modificaciones. Su evolución conceptual ha permitido la identificación y delimitación de la oncología médica como una subespecialidad de la medicina interna. Por otra parte el cirujano fue el principal y casi único protagonista médico de la oncología, estando limitado durante siglos por las ideas dominantes de cada época en materia médica y por las posibilidades técnicas (Bayés, 1985).

Etapé (1982) amplía lo anterior señalando que uno de los logros más positivos en la historia del cáncer ha sido la aceptación de la Oncología Médica como subespecialidad de la medicina interna. Hasta el descubrimiento de la utilidad de los derivados de las mostazas nitrogenadas, realizada en 1944 por Gilman, existió poco lugar en clínica oncológica para el internista especializado en Oncología, siendo el cirujano y el radioterapeuta quienes dominaban todos los aspectos de dicha enfermedad. Señala que poco a poco han surgido hechos que han favorecido el papel del internista en Oncología los cuales se señalan a continuación:

En el año de 1957 el American Collage of Physicians se percata de la carencia de internistas calificados en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, por lo cual crea un Comité para realizar estudios en relación a la problemática de esta enfermedad. Dicho comité realiza un análisis sobre la problemática destacando la necesidad de la Oncología Médica y llegando a la conclusión de que era necesario

formar médicos oncólogos de dos tipos: médicos oncológicos de tipo práctico preparados para solucionar los problemas generados por el cáncer en la población y médicos oncológicos orientados a la enseñanza de la Oncología y la investigación de la misma (Etapé, 1982).

En febrero de 1971 el American Board of Internal Medicine propone la subespecialidad de la Oncología Médica la cual es aprobada en febrero de 1972 estableciéndose cinco fundamentos principales que justificaban la creación de esta nueva especialidad. El primero fue la necesidad de que médicos motivados se especialicen en la detección precoz del cáncer, el segundo la necesidad del conocimiento de la historia natural de cada tipo de cáncer, el tercero la conveniencia de profundizar en el estudio de la farmacología de los citostáticos, de sus asociaciones y efectos secundarios, cuarto la necesidad de una permanente información detallada y actualizada de las terapéuticas oncológicas, tanto curativas como paliativas y cinco la conveniencia de profundizar en los aspectos y cuidados psicológicos, tanto del paciente con cáncer y el de su familia (Etapé, 1982).

Otro de los puntos importantes que señala este autor es que los avances en la metodología del diagnóstico del cáncer, los cuidados y comunicación con los enfermos neoplásicos, los adelantos en los tratamientos médicos han hecho que se logre hoy en día una definitiva calificación del médico oncólogo. Señala además que no es pretensión del médico oncólogo la exclusividad de las enfermedades neoplásicas ya que la oncología es un área que trabaja en equipo siendo el oncólogo un miembro de dicho equipo con sus propias tareas. La aplicación adecuada de la terapéutica depende de las decisiones que realicen conjuntamente cirujanos, radioterapeutas y oncólogos, cada uno aportando su propia experiencia y conocimientos, pero la estrategia de aplicación de las terapéuticas debe ser diseñada por el médico oncólogo (Etapé, 1982).

La Oncología se ha constituido como una rama de la medicina interna la cual ha progresado rápidamente gracias a los nuevos conocimientos investigados acerca del cáncer y sobre todo al interés de muchos profesionales como patólogos, cirujanos, radioterapeutas, internistas, pediatras y muchos otros especialistas que se han interesado en el mejoramiento de los enfermos con cáncer (Bayés, 1985).

Etapé (1982) aborda algo muy importante dentro de los fundamentos principales que justifican la creación de la Oncología Médica como especialidad, considera que son muy importantes los aspectos psicológicos que se presentan a lo largo de la enfermedad y que requieren ser tratados ya que afectan tanto a quien lo padece como a su familia, de esta manera surge la necesidad de la Psicooncología o Psicología Oncológica de lo cual se habla en el siguiente apartado.

3.2 ANTECEDENTES DE LA PSICOONCOLOGÍA

En el mes de abril de 1984 se celebra en Barcelona España las primeras Jornadas sobre Psicología Oncológica, aún cuando ya se habían estudiado desde antes en este país las relaciones entre los factores psicológicos y el cáncer por innumerables investigadores, es precisamente en estas jornadas donde por primera ocasión se reúnen más de doscientos profesionales en su mayoría psicólogos para estudiar durante dos días los aspectos psicológicos del cáncer, siendo en España donde se utilizó por primera vez el término Psicología Oncológica en un debate público. Dichas Jornadas permitieron ver que los factores psicológicos, cognitivos, emocionales y motivacionales que son producto de la propia historia de cada persona en un contexto cultural, socioeconómico y político, influyen tanto en el proceso de surgimiento de la enfermedad como en la prevención de la misma, así como en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud. Las variables psicológicas inciden en alguna medida en forma directa o indirecta, positiva o negativa en todos los trastornos y enfermedades, en el mantenimiento y fortalecimiento de los estados de salud, así como todos los trastornos, enfermedades y estados de salud poseen repercusiones grandes o pequeñas, desfavorables o favorables en el ámbito psicológico (Bayés, 1985).

Al respecto Estapé (1982) refiere que la Oncología se había basado casi exclusivamente en la terapéutica, pero una serie de hechos introducen la necesidad de la asistencia global al paciente enfermo de cáncer. Algunos de estos hechos fueron:

- La práctica de estudios sistemáticos. Diagnósticos, previos a la decisión terapéutica.
- La epidemiología aplicada a los estudios oncológicos. Confirman la importancia del diagnóstico precoz, del auto examen periódico (en algunos cánceres) y de la existencia de factores de riesgo.
- Se establece que el médico general formado en oncología puede con facilidad y bajo costo económico para la sociedad, ayudar a la prevención del cáncer informando a sus pacientes no cancerosos sobre estos aspectos.
- El conocimiento de la historia natural del cáncer se revela imprescindible para la nueva estrategia combinada de cirugía, radioterapia y quimioterapia.
- Se observa que no solamente existen los problemas fisiológicos que originan el cáncer, sino también los problemas psicológicos del paciente y su medio ambiente familiar.
- El requerimiento de conocimientos especializados y dedicación en el

cuidado postoperatorio así como en la enfermedad avanzada y la enfermedad terminal.

Además, en investigaciones hechas en el Departamento de Oncología del Instituto Nacional de Pediatría, se ha señalado que el conocimiento cada día más extenso de este tipo de padecimientos debe ser amplio, claro, realista y objetivo tanto para el oncólogo pediatra como para el médico pediatra. El diagnóstico y tratamiento de este tipo de enfermedades requiere no nada más del conocimiento profundo de la oncología sino también del dominio de la pediatría. Esta especialidad troncal y su estudio sistemático condicionará un mejor diagnóstico y tratamiento tanto de la enfermedad oncológica como de enfermedades asociadas y complicaciones que el niño con cáncer puede llegar a presentar. De estos conceptos se debe llegar a la conclusión que el manejo del niño con cáncer deberá ser efectuado por el oncólogo pediatra con participación activa del pediatra y de diferentes subespecialistas dentro de ésta rama, los cuales en forma multidisciplinaria podrán ofrecerle a estos pequeños la mejor opción de curación (Méndez, 2005).

Finalmente, cabe decir que en los últimos 20 años el cáncer se ve como una enfermedad multidisciplinaria que requiere de un tratamiento con la participación no solo del médico, sino de varios especialistas para una atención global al paciente y entre estos especialistas se encuentra el psicólogo (Méndez, 2005).

Por otro lado, dada la importancia de las causas, a continuación abordo algunas de las más comunes que propician la existencia del cáncer.

3.3 CAUSAS DEL CÁNCER

Una abrumadora cantidad de datos, descubrimientos y conclusiones de investigaciones, indican que el papel en los estilos de vida, el estrés emocional, el comportamiento alimentario, los hábitos de exposición de riesgos cancerígenos naturales e industriales (tabaco, derivados de la industria petroquímica, exposición excesiva al sol, alcohol, entre otros) y las conductas sexuales tienen relación con la etiología de esta enfermedad, su curso y pronóstico (Casciato, 1990).

Y por su parte, los factores ambientales se encuentran en los estudios epidemiológicos mostrando que la incidencia de los diferentes tipos de cáncer varía con las áreas geográficas y las épocas manteniendo cierta estabilidad para un área y tiempo determinados (Bayés, 1985).

Al respecto, se ha observado que los inmigrantes de un área concreta que suele reproducirse entre ellos, adquieren los tipos de cáncer propios de las nuevas regiones en las que se instalan, al cambiar sus estilos de vida y encontrarse sometidos a las condiciones ambientales de dichas regiones. Esta evidencia epidemiológica se complementa con la experiencia clínica, la observación sistemática y los estudios experimentales llevados a cabo con animales de

laboratorio al manipular factores ambientales supuestamente carcinógenos en condiciones controladas. Dichos factores ambientales son todas las estimulaciones externas al organismo que interactúan con él, sea cual fuere su naturaleza: química, mecánica, verbal, visual, etc. capaces de facilitar o dificultar, originar, mantener, activar o debilitar el desarrollo de un cáncer. La mayoría de los cánceres cuya causa sea química o mecánica, se encuentran mediados por el comportamiento del hombre y por esta razón, se trata de problemas cuya solución no será exclusivamente médica, sino también psicológica, política y económica (Bayés, 1985).

Algunos de los hábitos humanos a los que se atribuye un aumento del riesgo carcinógeno, de acuerdo con Bayés (1985), son:

- Ψ El alcohol y el tabaco.
- Ψ El estrés.
- Ψ La alimentación.
- Ψ Los comportamientos en materia de sexualidad y reproducción.

Otros factores causales del cáncer comunes en los estilos de vida actuales son:

- Ψ La contaminación del aire.
- Ψ La contaminación del agua.
- Ψ La falta de ejercicio físico.
- Ψ La soledad urbana
- Ψ La multiplicación de las estimulaciones visuales y auditivas
- Ψ El consumo de drogas

Entre los tipos de cáncer más frecuente se encuentra la Leucemia de la cual se hablara en el siguiente apartado.

3.4 LEUCEMIA

Esta enfermedad es actualmente de las más comunes, especialmente en niños que viven su primer infancia. Fue descrita por primera vez por Rudolf Virchow en 1845 al examinar la sangre de los pacientes con leucemia, en la que vio una gran proliferación de células sanguíneas blancas a expensas de las células rojas, que llevan el oxígeno y las plaquetas que son necesarias para la coagulación de la sangre. (Grau, 1997).

Dameshek y Gunz (1967) establecen que la leucemia (sangre blanca) implica una condición de la sangre que se caracteriza por un aumento del número de leucocitos, la alteración fundamental no se da en la sangre sino en los tejidos que producen las células sanguíneas que están proliferando de forma indebida rápidamente como en aquellos tejidos en que las células proliferantes exfoliadas

pueden depositarse y acumularse. La importancia de la sangre en la enfermedad de la leucemia radica en que es el lugar a través del cual las células van desde su lugar de origen, en los órganos hematopoyéticos, a los tejidos de todo el organismo y desde estos tejidos a los sitios en que se produce su destrucción. De esta manera al existir una alteración de uno de esos órganos hematopoyéticos, que se caracteriza por una rápida proliferación y exfoliación celulares, es normal que la corriente circulatoria contenga dentro de él un número considerable de leucocitos en tránsito hacia diversos tejidos. También hay la posibilidad de que en aquellos casos en que el aumento de proliferación celular vaya acompañado de un aumento similar en la destrucción de las células, la sangre transporta en si relativamente pocas por tanto, se puede decir que la leucemia no es una enfermedad de la sangre sino una proliferación anómala de algunos de los tejidos leucopoyéticos, en la cual las células de la sangre periférica pueden estar o no afectadas. Por tanto la leucemia es definida como “una proliferación (lenta o rápida) generalizada, anormal, neoplásica y autoperpetuada de uno de los tejidos leucopoyéticos, asociada a menudo con cifras anómalas de leucocitos en sangre y que eventualmente conduce a la anemia, trombocitopenia y muerte del sujeto” (Dameshek & Gunz, 1967).

Lewis, 1998 refiere la leucemia de una manera metafórica diciendo que “el culpable de esta enfermedad no es un invasor extranjero sino los descendientes alterados de nuestras propias células que se reproducen sin control. En esta guerra civil es difícil distinguir al amigo del enemigo, e ir hacia el blanco -en este caso las células cancerosas- sin matar las células sanas”. Alguno de los padecimientos del paciente con leucemia es el dolor intenso de huesos debido a que las células sanguíneas blancas proliferan en la médula ósea, así como un sangrado incontrolado y por ende una infección que pueden producir la muerte. (Grau, 1997). Existen diferentes tipos de leucemias, algunas de las más comunes las menciono en el siguiente apartado.

3.4.1 TIPOS DE LEUCEMIA

La clasificación de las leucemias no ha permanecido estable, ha estado sujeta a continuos cambios por los investigadores y por la lista internacional de causas de muerte. Dicha lista clasificó a la leucemia en mielóide, linfóide, monocítica y aguda, abarcando en este último grupo todos los tipos de leucemia aguda. Existe una dificultad para clasificarlas debido a que todas las series estadísticas que se han recopilado a partir de los datos comunicados por un gran número de observadores muestran una falta de uniformidad acerca de qué es una leucemia aguda y qué es una leucemia crónica utilizando criterios de clasificación unas veces la gravedad del cuadro clínico, otras los datos citológicos y otras el tiempo de supervivencia. Existe por tanto falta de criterios para una clasificación universal, muchas de estas clasificaciones se han establecido de acuerdo a los puntos de vista de cada autor (Dameshek & Gunz, 1967).

Actualmente según Palomares, (2001) las leucemias se han clasificado tradicionalmente desde un punto de vista morfológico tomando en cuenta la predominancia de la línea celular implicada ya sea linfocítica, mielocítica, monolítica o indiferenciada. Conforme al grado de supervivencia de los pacientes se han considerado las formas agudas y crónicas. En la terminología aguda, conforme al tiempo de supervivencia de los pacientes se han considerado las formas agudas y crónicas. En la terminología antigua la leucemia linfoblástica aguda está referida como un trastorno que se caracteriza por una elevada proporción de células inmaduras mientras que en la leucemia crónica las células maduras son las que predominan. Estos criterios de clasificación no son suficientes, las reacciones citoquímicas contribuyen a una mejor designación del tipo de células involucradas. La clasificación que hace esta autora de las leucemias agudas es la siguiente:

- Ψ Leucemia linfoblástica
- Ψ Tipo celular pequeño
- Ψ Tipo heterogéneo grande
- Ψ Tipo homogéneo grande
- Ψ Leucemia mieloblástica sin maduración
- Ψ Leucemia mieloblástica con maduración
- Ψ Leucemia promielocítica hipergranulosa
- Ψ Leucemia mielomonocítica
- Ψ Leucemia monolítica
- Ψ Eritroleucemia

Como se puede observar ambos autores señalan ciertas dificultades en la clasificación de los tipos de leucemia, los criterios de clasificación no son suficientes hasta ahora, pero cada vez existen más elementos que se investigan para lograr una clasificación más confiable y objetiva conforme a los estudio de la superficie celular y de los marcadores bioquímicos. El tipo de leucemia que interesa en esta investigación es la linfoblástica aguda, debido a que es la que más se presenta en los niños, sus causas más comunes se señalan en el siguiente apartado.

3.4.2 CAUSAS DE LA LEUCEMIA EN NIÑOS

Según Palomares (2001), son muchas las causas que originan la leucemia en los niños entre las que destaca las siguientes:

- ❖ Radiaciones. Se ha demostrado en poblaciones expuestas a las bombas atómicas, en pacientes irradiados y radiólogos.
- ❖ Carcinógenos. Los productos químicos tienen la capacidad para mutar y/o exterminar a las células precursoras de la médula ósea.

- ❖ Factores genéticos. Frecuencia relativamente elevada de leucemia familiar, alta incidencia en gemelos monocigotos, mayor susceptibilidad a la leucemia de pacientes con ciertos síndromes cromosómicos, presencia de anomalías cariotípicas en pacientes con leucemia.
- ❖ Factores virales. Los virus RNA (ácido ribonucleico) son los más frecuentes implicados en la génesis de leucemias en los animales de experimentación, lo cual hasta ahora no ha sido demostrable en el hombre. En mamíferos superiores se han encontrado partículas de virus en células leucémicas, pero no se ha demostrado de manera concluyente que un virus sea la causa de origen de la leucemia humana.
- ❖ Lugar del timo. Posible déficit inmunológico en el origen de la leucemia linfoblástica aguda.

Ruiz (1996), ha descrito que una variable que influye en la respuesta al tratamiento de pacientes con leucemia linfoblástica en México es su estado crítico nutricional. Los pacientes desnutridos con leucemias linfoblásticas tienen un peor diagnóstico que aquellos que tienen un estado nutricional normal. En estudios realizados se ha encontrado que la capacidad de regeneración de la médula ósea de pacientes desnutridos es menor que la de los pacientes normales, en consecuencia, las dosis de quimioterapia mielosupresora deben disminuirse en pacientes desnutridos para evitar la toxicidad. A su vez la tolerancia a la quimioterapia mielosupresora mejora si las condiciones de nutrición del paciente son buenas. Casi el 50 % de los pacientes con leucemia aguda presentan adicionalmente problemas de desnutrición.

Se puede decir que si bien la desnutrición no es la causa de la leucemia, si es una variable que puede influir a su aparición. A continuación comento el tratamiento que generalmente se da a personas con dicho padecimiento.

3.5 TRATAMIENTO MÉDICO

Existen diferentes tratamientos médicos, algunas de las técnicas usadas actualmente son complejas, algunas producen miedo o son potencialmente mutilantes o tóxicas. Es necesario que el paciente participe junto con los familiares para elegir una de las alternativas dadas (Casciato, 1990).

Entre las alternativas dadas están las quimioterapias y radioterapias. En el caso de la primera, los pacientes que van a recibir tratamiento deben ser informados por el oncólogo acerca de los efectos secundarios, de la frecuencia y duración del tratamiento. Y respecto a la radioterapia, el radioterapeuta utiliza un rotulador marrón o lila para marcar sobre la piel del área que hay que tratar, lo cual es incomodo para la persona. Las primeras veces ésta tiene sensaciones de todo

tipo, se sienten solas y asustadas, pero poco a poco los pacientes se van acostumbrando.

Con variaciones según el tipo, se admite que el diagnóstico de una leucemia aguda exige que más del 30% de las células nucleadas de la médula ósea sean blastos. La clasificación y diagnóstico de las leucemias agudas se basa, actualmente, en el aspecto citológico y en estudios citoquímicos. Los cortes histológicos en general no permiten un recuento diferencial y tampoco son adecuados para estudiar los detalles citológicos, incluso en preparaciones incluidas en plástico. En general el diagnóstico de una leucemia aguda mediante el estudio histológico exclusivamente no es una práctica recomendable. El diagnóstico depende del estudio histológico que deberá correlacionarse con la sangre periférica. En todo caso se exigirá la detección de nidos de blastos indiscutibles, que deberán tipificarse mediante estudio inmunohistoquímico.

En el siguiente capítulo, señalo la importancia de la utilización Ericksoniana de metáforas, para acompañar en dicho tratamiento.

CAPITULO 4:

EL ENFOQUE ERICKSONEANO Y SU UTILIZACIÓN TERAPÉUTICA DE LA METÁFORA

"El terapeuta no debe concentrarse en la técnica,
sino en lo que le comunica a la persona.

El terapeuta debe conocerse a sí mismo,
sus propias habilidades, sus propios conocimientos,
sus propios valores, sus propias honestidades.

El auto conocimiento del terapeuta
lo lleva a un sentimiento interno de respeto por sí mismo,
con lo que encuentra certeza de lo que puede hacer,
se da cuenta dentro de sí, que tiene un sentimiento de confianza
en sus habilidades y una buena disposición de hacer su labor,
y en caso de ser necesario lo lleva a confesar alguna debilidad,
sabiendo que ésta no es señal de inferioridad.

El hombre fuerte, puede y hace, por eso gana y merece respeto".

(Erickson, 1962)

CAPITULO 4: EL ENFOQUE ERICKSONEANO Y SU UTILIZACIÓN TERAPÉUTICA DE LA METÁFORA

Ya he hablado de las características por las que veo a la familia como un sistema, de cómo es la comunicación en la interacción de sus miembros, y de cómo la construcción que cada persona se hace de la realidad, es determinante para la forma de vivir una experiencia determinada (como un diagnóstico de cáncer a uno de sus miembros) en el interior de dicho sistema. Y de cómo el impacto de dicho diagnóstico provoca una reestructuración en el interior de la dinámica cotidiana de la familia. Así que en el presente capítulo mi objetivo es por un lado, explicar las razones por las cuales el enfoque que Milton H. Erickson utilizó, a lo largo de su experiencia psicoterapéutica, es adecuado para el trabajo con familias en donde hay un niño (hijo ó hermano) enfermo de cáncer; y por otro, para analizar la forma en cómo él hacía uso de metáforas, utilizándolas con diferentes estilos para lograr su objetivo inicial, que iba en sintonía con los de los consultantes.

4.1 MILTON H. ERICKSON

Para empezar, considero importante hablar acerca de Milton H. Erickson. Él fue un psiquiatra estadounidense reconocido por lo original de su trabajo. Desde muy pequeño Milton Erickson vivió la realidad, percibiéndola en forma muy diferente a los demás, debido a sus problemas constitucionales, ya que tenía discromatopsia, que es un tipo de ceguera para los colores rojo y verde; además era incapaz de distinguir tonos y canciones, aunado a todo esto, Erickson era disléxico. Pero, él llegó a reconocer como la experiencia más formativa de su juventud, su primer ataque de polio a la edad de 17 años (la segunda fue a los 51 años), pues en ella experimentó estados de percepción alterada que años más tarde reconoció como auto hipnosis (Erickson & Rossi, 1977).

Éstas inconsistencias y confusiones producidas por estas alteraciones en su percepción del mundo, tal vez hubieran limitado el desarrollo de cualquier otra persona, sin embargo, en Erickson tuvieron efecto opuesto, ya que estimularon su curiosidad y asombro y, tal vez lo más importante es que esto lo llevó a una serie de experiencias poco comunes que constituyen la base de una vida de investigación en la relatividad de la percepción humana y de los inconvenientes que de ésta se desprenden, así como en los métodos para solucionarlos.

Posteriormente Milton H. Erickson propuso un modelo de psicoterapia breve e hipnoterapia que inició aplicando en sí mismo, probablemente esa ha sido su más grande aportación para el tratamiento actual, pues fue innovador por su sensibilidad ante los requerimientos de las personas con las que trabajó, con lo que da mayor importancia a la relación terapéutica, aunque este estilo de tratamiento fuera en una vía diferente a la psicoterapia convencional (Haley, 1989).

Erickson creía que el terapeuta debe enfocarse principalmente en establecer una relación buena con la persona que atiende, es decir, hacerle sentir que está con el doctor y en el lugar correcto, pues él consideraba que esto tranquiliza al consultante (Erickson, 1962).

Así mismo, desarrolló la habilidad de utilizar la historia de vida de la gente para encontrar recursos positivos que les ayudara a solucionar lo que se requería en el presente, esto lo hacía utilizando la observación y el lenguaje. Pues su formación como hipnólogo fomenta su habilidad para observar a las personas y sus modos de comunicación. Él sostenía que era fundamental que los terapeutas observaran todo lo que la gente llevaba a la terapia: su lenguaje, sus creencias, sus fuerzas y recursos, su sentido del humor y sus conductas no verbales. Luego entonces, podrían utilizar esos atributos en la construcción de la terapia y en las tareas terapéuticas (Selekman, 1996).

Por otro lado, Erickson ha redefinido el trance hipnótico como un concepto que se aplica a un tipo especial de intercambio entre dos personas, y no al estado de una de ellas. Una vez asimilado este punto de vista, es posible pensar sobre la hipnosis en términos más amplios, y ver que está presente en una amplia variedad de situaciones, particularmente en las intensas involucraciones terapéuticas (Haley, 1989).

En conclusión, el trabajo de Erickson muestra que cada persona tiene dentro de sí los aprendizajes y recursos para lograr lo que necesita en cada momento, siendo la función del terapeuta hacerlos surgir creando experiencias. Y para esto, utiliza las características del consultante, las suyas propias y las circunstancias en que se da su relación (Robles, 1999).

Por lo antes explicado, el trabajo de Erickson tiene un amplio campo de aplicación ya que su estilo único hace que la persona logre cosas inimaginables. Es por eso que el modelo de Erickson, explícita e implícitamente en sus escritos, es precursor de algunos enfoques que aparecerían décadas más tarde, ya que su trabajo sigue siendo de gran influencia en terapia familiar, su filosofía es la base central de la Programación Neurolingüística (P. N. L) y de las escuelas del enfoque sistémico, y sus estrategias fueron de las primeras en ser modeladas por Richard Bandler y Grinder en los inicios del desarrollo de la P. N. L. (Krause, 2005). Al revisar el estilo del trabajo que Erickson realizaba, se han encontrado algunas premisas fundamentales con las que se movía en la relación con sus casos clínicos, de ellas hablo en el siguiente apartado.

4.1.1 PREMISAS BÁSICAS DEL TRABAJO DE MILTON H. ERICKSON

Erickson no se adhirió a una teoría psicoterapéutica determinada. No obstante, en su trabajo operó a partir de varias premisas básicas. Nunca las especificó; más bien se han recogido de sus escritos y videocintas, y por consultas con varios de

sus hijos. A continuación enuncio las que, para los fines de esta investigación, me parecen fundamentales:

1. Durante el encuentro terapéutico, existen dos expertos: Consultante, quien es experto en si mismo, y terapeuta, quien es experto en generar el proceso de enriquecimiento terapéutico para que el consultante logre lo que necesita. Ambos, co-crean una realidad (Robles, 2005).
2. Cada persona es un ser único dotado de muchos recursos: Cada individuo posee en su historia o en sus experiencias, los recursos necesarios para atender sus problemas presentes y futuros, aunque algunos de ellos están en su información inconsciente. La tarea del terapeuta consiste en evocar esas capacidades, creando un contexto en el que dichas aptitudes se manifiesten de un modo natural o fácil (Robles, 1999).
3. Cada persona tiene muchas opciones para resolver cualquier problema: Los síntomas aparecen cuando las personas intentan utilizar repetitivamente el mismo estado de conciencia y no encuentran los recursos necesarios para abordar determinado problema. Entonces, dado que al hacer un cambio en alguna parte de dicha situación conflictiva, existe ya un inicio del proceso de cambio, podemos ver que en el problema está la solución, como Erickson lo afirmaba (O'Hanlon & Hudson, 1996).
4. La experiencia es subjetiva: Cada individuo posee su propio estilo de aprendizaje para recombinar y desplazar experiencia. Él sostenía que cada persona tiene su propio estilo para resolver aquello que requiere, y promovió que es el terapeuta el que se ajusta a lo que el consultante solicita, desde su lenguaje hasta su estilo experiencial, y no al revés (Robles, 1999).
5. El terapeuta utiliza todo lo que durante el encuentro terapéutico se presente: Una de las habilidades que consideraba, verdaderamente útil que desarrollara el terapeuta, es su capacidad de observar, de comunicarse y en su trabajo muestra evidentemente su habilidad de sentir, de esta manera, hasta los obstáculos se convierten en recursos, y de los problemas surgen las soluciones. Erickson consideraba que para lograr dicho trabajo el terapeuta debía conocer honestamente sus propias capacidades, pues se las comunica al consultante durante su encuentro (Zeig en Robles, 1991).
6. La mente inconsciente es altamente confiable: Erickson promovió que todas las personas tendemos al bienestar, de ahí que nuestra conducta tenga una connotación positiva, y consideraba que le correspondía al terapeuta tener la sensibilidad y la habilidad para generar la experiencia en que el consultante la encontrase (Cota & Mendonca, 2003).

7. Hipnosis no es sueño profundo: Para trabajar con la mente inconsciente de una persona, no es indispensable que ésta cierre los ojos y parezca dormida, ni que el inductor le de ordenes que deba seguir, Erickson propone que el estado hipnótico es un estado alterado de conciencia natural en los seres humanos, él se inclina por amplificar dicho estado ya que considera que el nivel de recepción y de tendencia a la solución es más posible (Álvarez en Robles, 2005).
8. Confianza en el proceso terapéutico: Erickson decía que es muy importante cómo entienda el terapeuta el proceso con la persona que atiende, pues creía que aún cuando el terapeuta debía tener completa certeza de que en mucha gente se ha llevado un proceso similar, en tiempo y situaciones diferentes y que es posible para el viejo, el joven el enfermo o el sano, aún cuando se descubra que para todo ser humano el proceso es común, él puede esperar que su consultante haga lo mismo que miles de personas han hecho a lo largo de la historia, lo mismo que miles de gentes están haciendo hoy y que miles de gentes harán mañana o la próxima semana alrededor de todo el mundo, sin embargo, con esta visión y lleno de respeto para su consultante, puede también, esperar confiadamente un logro mejor que el de otras personas (Erickson, 1962).

Como se puede ver en las premisas antes señaladas, la postura de Milton H. Erickson fue flexible, con lo que lograba fluidez y creatividad durante su trabajo.

De hecho, en ocasiones hacía que el mismo consultante se sorprendiera al escuchar su intervención, ya que le proponía cosas que no se esperaba pues podía dar alternativas de solución paradójicas, como proponer algunas ideas que sabía que empeorarían la situación o predecir el problema, entonces la gente encontraba por sí misma su propia solución.

Finalmente, cabe decir que él tenía una filosofía singular: “La gente cambia a través de un proceso de reorganización”. Él explicaba que los seres humanos estamos dotados de todos los recursos que necesitamos para llevar una vida satisfactoria, aunque muchos de ellos sean inconscientes, por tal motivo, el vivir mejor no significa eliminar una parte de nosotros mismos, sino reorganizar lo que ya tenemos. (Ritterman, 1985 en Kershaw, 1994) De ésta manera, las personas nos cambiamos a nosotras mismas y el psicoterapeuta acepta y utiliza la realidad del consultante, para luego expandirse a partir de ella, para lo que es muy útil el estilo de comunicación que Milton H. Erickson desarrolló, y que explico en el siguiente apartado.

4.1.2 UTILIZACION DE LA COMUNICACIÓN DE MILTON H. ERICKSON

Para empezar éste apartado, quiero retomar la postura de la Teoría de la Comunicación Humana (T. C. H.) descrita en el capítulo 1, donde Watzlawick y su equipo de trabajo, enfatizan que la comunicación no es solo verbal, ya que existen una serie de mensajes no verbales que también influyen en la información que se transmite al receptor y que dichos mensajes son recibidos de acuerdo al contexto en que se llevan a cabo. Milton H. Erickson se relaciona con sus consultantes, utilizando su propio lenguaje y tomando en cuenta ésta información, lo que hace tan auténtico su trabajo (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1991).

Como ya lo señalé en el apartado anterior, Erickson no se adhirió a una teoría psicoterapéutica determinada, sin embargo su estilo de trabajo se ha recogido de sus escritos, videocintas y por consultas con varios de sus hijos. De ésta manera se ha podido rescatar que respecto al lenguaje, que como expliqué en el capítulo primero, es donde se generan los significados que en la interacción entre los participantes forman parte de unas relaciones y contextos, que tienen significación en un proceso interactivo e interpretativo (González, Fonseca y Jiménez, 2006); él aprende a utilizar el lenguaje del inconsciente, que es accesible a todo mundo y que además cada persona traduce inmediatamente a su propio lenguaje y lo adapta a su situación en ese momento (Robles, 1999).

Para hablar del lenguaje del inconsciente, empezaré por abordar las diferentes funciones que realizan el hemisferio derecho y el izquierdo, pues me parece interesante que, aunque realizan actividades diferentes, trabajan de manera conjunta.

En 1960 el Dr. Roger W. Sperry descubrió las diferentes funciones de los hemisferios derecho e izquierdo, haciendo observaciones clínicas en pacientes con cerebro dividido (con conexiones entre los dos hemisferios divididas, por lo que es interrumpida la comunicación entre ellos), esto ha permitido establecer con mucha precisión las funciones diferenciales de cada cerebro. Los numerosos estudios que se han llevado a cabo desde entonces, han confirmado los descubrimientos del Dr. Sperry, con relación a que existen funciones mentales diferentes en uno y otro lado del cerebro y que ambos hemisferios cooperan entre sí para un funcionamiento global (Álvarez en Robles, 2005).

Respecto a la especialización complementaria de los dos hemisferios cerebrales, el planteamiento es que el hemisferio izquierdo (dominante ó categórico), se encarga principalmente de los procesos secuenciales y analíticos mientras el hemisferio derecho (no dominante ó representacional), se encarga principalmente de las relaciones visoespaciales (Álvarez en Robles, 2005).

Algunas de las características diferenciales de ambos hemisferios, (de acuerdo con Álvarez en Robles, 2005), son las siguientes:

HEMISFERIO IZQUIERDO

Pensamiento Lógico
Pensamiento Abstracto
Es racional
Es algorítmico
Es simplificador
Tiene comprensión del lenguaje semántico
Hace elaboración del lenguaje semántico

Numérico
Analítico
Lineal
Mide el tiempo
Elabora operaciones aritméticas
Hace relaciones temporales
Es preciso
Es explícito
Es focal
Es digital
Tiene memoria verbal
Reconoce la figura
Mente consciente

HEMISFERIO DERECHO

Es emocional
Integra
Es intuitivo
Musical
Holístico (Totalizador)
Reconocimiento de formas
Elabora el lenguaje paraverbal y no verbal
Imaginativo
Colorido
Metafórico
Espacial
Creativo
Atemporal
Alegórico
Implícito
Difuso
Analógico
Reconoce variaciones tonales
Reconoce el fondo
Mente inconsciente

Un dato importante es que la diferencia sobresaliente entre ambos se encuentra en las áreas del lenguaje, ya que las funciones de conocimiento y producción del mismo se llevan a cabo en regiones específicas de uno de los hemisferios, generalmente el izquierdo, mientras que en el hemisferio derecho no existe una gran relación funcional y hasta podríamos decir que es un cerebro “mudo” con relación al lenguaje semántico. Podríamos entonces, afirmar que dentro de nuestra cabeza se encuentran dos formas de entender el mundo y dos formas de relacionarse con él (Álvarez en Robles, 2005).

Entonces, en nuestro cerebro tenemos por un lado, la actividad de la mente consciente que surge cuando estamos teniendo un percatamiento de la situación vivida (Aguirre, 2005). Por ejemplo, cuando estoy leyendo y voy analizando lo que está escrito, en esta situación me estoy dando cuenta de que tengo en mis manos un texto y que lo estoy entendiendo, ó cuando voy a terapia, sé que quiero lograr aquello que estoy solicitando. Cabe decir que en estas experiencias estoy utilizando conscientemente sólo una pequeña parte pues el resto permanece ahí inconsciente o fuera de mi percatamiento pero continúa a mí servicio.

Y por otro lado, también tenemos en nuestro cerebro la actividad de la mente inconsciente, que surge cuando llevo a cabo un proceso como organismo, del que puedo no percatarme, ya sea momentánea o permanentemente. Es una función

que implica al organismo completo, a la persona en su totalidad, es una función integradora mediante la cual los individuos disponemos de todas aquellas capacidades que poseemos y de las que podemos echar mano en el momento en que lo dispongamos, o en el momento preciso aun cuando no sepamos cómo es que funciona (Aguirre, 2005). Retomando los ejemplos que antes di, mientras continúo con mi lectura, también estoy respirando, digiriendo los alimentos con que previamente nutrí a mi organismo y probablemente empiezan a aparecer imágenes que pueden tener relación con la lectura que estoy haciendo, ó cuando voy a terapia al hablar y al escuchar tal vez empiezo a recordar información previa que puede serme útil (aún cuando el terapeuta no utiliza las palabras más significativas que yo, sin saber cómo, estoy trayendo a mi mente).

Es así como Erickson propone a la mente inconsciente como un lugar dentro de nosotros en donde se encuentran los recursos que hemos desarrollado desde el primer día de nuestra vida, y consideraba que el terapeuta debe encontrar formas protegidas y saludables de poner a disposición del consultante esos recursos, ya que los tiene a su alcance aunque no se de cuenta. Cabe decir que él gustaba de hacer uso del lenguaje indirecto, del que hablaré con más detenimiento adelante, para lograrlo.

Por otro lado, actualmente es sabido que entre los dos hemisferios existe una relación dinámica y complementaria y que sólo se produce una alternancia natural en el predominio de uno y otro dentro de patrones establecidos biológicamente, llamados ritmos biológicos. Éste mecanismo de equilibrio obedece a la ley de economía que permite al sistema nervioso realizar los ajustes para su mejor funcionamiento. Estas alternancias se traducen orgánica y mentalmente en estados alternos de conciencia, que en un momento dado dentro de un período de 60 a 90 minutos provoca que el hemisferio dominante (generalmente el izquierdo), ceda el cargo de manera natural al hemisferio no dominante (derecho), con lo que el hemisferio encargado de analizar y comprobar deja el cargo a la mente creativa y representacional (Álvarez en Robles, 2005).

El Dr. Milton H. Erickson solía percatarse durante sus sesiones terapéuticas, cuando la persona que atendía entraban de manera natural en una alternancia de actividad cortical con predominio de su hemisferio representacional, lo que tomaba en cuenta para utilizar un lenguaje que le permitiera comunicarse en diferentes niveles con su receptor. Podía por ejemplo, iniciar una inducción hipnótica, donde hacía dos tonos de voz, uno para la mente consciente mientras el segundo, mas suave y lo dirigía a la mente inconsciente. Él decía que el estado hipnótico es una experiencia que pertenece a la persona, pues deriva de sus propios aprendizajes y recuerdos acumulados, no necesariamente conscientemente reconocidos, pero posibles de manifestación (Erickson & Rossi, 1977).

Sin embargo, aunque la experiencia pertenece a la persona que la construye, consideraba que el terapeuta debía tener habilidades que debía conocer de sí mismo, pues esto le permitiría ser coherente en la interacción con el consultante.

Erickson decía que así como el terapeuta puede acceder a la información que inconscientemente la persona ofrece, también el consultante capta toda información que el terapeuta inconscientemente envía, él sabía que entre terapeuta y consultante existe una comunicación a nivel consciente pero también a nivel inconsciente, por lo que insistía en que el terapeuta conociera su comunicación verbal y no verbal. Luego entonces, afirmaba que es muy importante que el terapeuta sepa que lo necesario para el consultante, no son solamente las palabras o los tonos de voz, sino la comprensión del proceso interno que se está produciendo de acuerdo a su experiencia (Erickson, 1962).

En resumen, puedo decir que por medio de diferentes terapeutas e investigadores que han estudiado su trabajo, y teniendo como evidencias algunos de los casos que él trato, podemos observar que él se comunicaba enviando mensajes consciente e inconscientemente a la mente consciente e inconsciente de quienes los recibían (Zeig, 1980). De ésta manera, a través de su trabajo, Erickson demostró que parte importante de lo que el terapeuta debe procurar que ocurra en terapia, de acuerdo a su propio estilo, es lo siguiente:

- 1 Hacer que exista el rapport entre el terapeuta y el paciente. Consideraba que con éste, la relación le facilitaba al consultante lograr lo que requería. Una de las formas que empleaba Erickson, era copiar la conducta, vocabulario, ideas e incluso el ritmo de voz y de la respiración del consultante, o bien, hacía que su propia conducta formara pareja con la de la otra persona (O'Hanlon, 1993).
- 2 Al inicio del encuentro con su consultante, Erickson utilizaba las palabras que usaban ellos, para luego encauzar los significados de estas palabras en una dirección productiva; es decir, encauzaba la conversación, hacía descripciones menos patológicas, más normales (O'Hanlon & Weiner, 1997).
- 3 Durante el encuentro con el consultante, el terapeuta va reuniendo información que posteriormente utilizará para ayudarlo, ésta es respecto a sus propias creencias y conductas: su lenguaje, sus intereses y motivaciones, sus creencias y marcos de referencia, su síntoma y sus resistencias, así como su estilo de recibir, procesar y expresar su experiencia. Jeffrey K. Zeig, discípulo y uno de los principales promotores y difusores de Erickson, incluso propone algunas categorías diagnósticas que se pueden establecer tomando como referencia la información obtenida durante el encuentro de consultante y terapeuta. Zeig, considera que dicha información contribuye para "envolver para regalo" nuevas alternativas, propone como su primera ley, a partir de sus aprendizajes con su maestro Erickson, conducir la terapia hasta el nivel de experiencia en donde se genera el problema, y a partir de ahí guiar la terapia a un cambio mínimo (Robles, 1991).

- 4 La utilización cuidadosa de tiempos verbales puede crear una realidad en la que el problema está en el pasado y existen posibilidades para el presente y el futuro. Esta información la retoma O'Hanlon pues su trabajo está enfocado a la solución y para lograr su objetivo es muy cuidadoso con lo que dice y el tiempo en que se refiere a la situación que el consultante quiere mejorar, a diferencia del tiempo que utiliza para referirse a las posibilidades de solución que van surgiendo durante la sesión (O'Hanlon & Weiner, 1997).
- 5 El empleo de un lenguaje permisivo es opuesto a un lenguaje de tipo autoritario o directivo. Lo típico es que los enfoques autoritarios empleen en las sugerencias dos tipos principales de lenguaje: el atribucional (el cual indica a los sujetos lo que están experimentando), como, "usted está relajado". También utilizan un estilo de lenguaje predictivo, (en el cual se le dice a las personas qué es lo que van a experimentar), por ejemplo, "va a relajarse más y más". El lenguaje permisivo involucra el uso de palabras que expresan posibilidad tales como "puede", "podría", "tal vez", etc. y la presentación de opciones múltiples para lo que la persona está o estará experimentando o haciendo, por ejemplo, "tal vez pueda sentir como se va relajando mas y más, saludablemente". Desde esta postura, permisiva y respetuosa, es apropiada cualquier experiencia, con lo que permite a las personas con que trabaja, tomar lo que prefieran y necesiten, en nivel consciente e inconsciente (O'Hanlon, 1993).

Como se puede ver, el estilo en que Milton H. Erickson utilizaba su propio lenguaje para comunicarse con sus consultantes, es desde el marco de referencia de la persona, guiándola posteriormente hacia un marco más útil, recurriendo a romper el esquema y presentar nuevas posibilidades.

Por otro lado, ya que él creía que toda conducta tiene una connotación positiva, es decir que las personas tienen ciertas conductas creyendo que son "buenas" y por dicha razón se resisten al cambio, lo que hacía era aceptar esa resistencia. Según Haley (1989), el sujeto queda atrapado en una situación donde su intento de resistir es definido como una conducta cooperativa. Una vez que está cooperando, se lo puede desviar hacia una nueva conducta.

Erickson propone la analogía de una persona que quiere cambiar el curso de un río. Si se opone al río tratando de bloquear su curso, lo único que conseguirá será que el río pase por encima del obstáculo o lo rodee. Pero si acepta la fuerza del río y la deriva en una nueva dirección, esa misma fuerza del río abrirá un nuevo canal. Así pues, esta forma aceptadora sirve para trabajar con la persona utilizando su propio estilo de llegar al cambio (Haley, 1989).

Finalmente, cabe decir que, como en el ejemplo anterior, Erickson se comunicaba frecuentemente de manera indirecta, pues permitía que las personas dieran forma

a sus propios significados (en lugar de que ellos les fueran impuestos por el terapeuta), ya que pensaba que era menos probable que las personas se beneficiaran con un enfoque directo (O'Hanlon, 1993). Así que gustaba de hacer uso de chistes, acertijos, juegos de palabras ó metáforas, pues, como ya mencioné antes él prefería un lenguaje permisivo. En el siguiente apartado hablo del uso que él hacía de dichas metáforas, pues considero que es una bella forma de “envolver para regalo”, buscando acceder a la sabiduría interna de la persona que la escucha.

4.2 UTILIZACIÓN ERICKSONIANA DE LAS METÁFORAS

Para empezar este apartado, quiero comentar que en nuestra vida diaria no siempre hablamos clara, abierta y asertivamente, pues como ya comenté antes, la comunicación tiene muchas posibles interpretaciones, por lo que la directa no es la única forma de comunicación humana, ni tampoco es siempre la mejor ya que, aun cuando nuestro pensamiento lógico- racional se esfuerza para entender, muchas veces no lo conseguimos. Es por eso que la verbalización metafórica es un lenguaje cotidiano, -pues nuestra cultura mexicana está llena de comunicación metafórica y la encontramos en el uso abundante y florido de los refranes y citas populares que le dan sentido a muchas acciones o vivencias (por ejemplo: “no soy monedita de oro para caerle bien a todos”), con el que hemos crecido tal vez sin darnos cuenta, y que ha contribuido a convertirnos en la persona que ahora somos.

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001), la palabra metáfora viene del latín *metaphoram*, del griego *metaphora* que sirve para designar la imagen resultante de trasladar el nombre de un objeto a otro, ligados ambos por una relación de analogía.

Dicho de otra forma, la palabra metáfora proviene del griego “meta” que significa cambio, traslación, y “fero” que significa llevar el sentido estricto de la palabra a otro figurado (Álvarez, 2006 y Aguirre & Álvarez, 2007).

Cabe aclarar que entre los distintos géneros literarios que usan estas cualidades lingüísticas se pueden enumerar los cuentos, las leyendas, las fábulas, los mitos, las parábolas, las novelas, las citas, las anécdotas e incluso los refranes y dichos populares. Sin embargo, la presente investigación no tiene como fin el dilucidar cada uno de éstos géneros, sino el conocer la utilidad que Milton H. Erickson propuso para utilizar éste lenguaje durante el trabajo psicoterapéutico.

Entonces, al hablar de metáfora, me refiero a trasladar el sentido estricto del mensaje a otro distinto a través de una comparación implícita, de esta manera la metáfora existe en todos los géneros literarios antes mencionados, y cabe decir que su uso en psicoterapia permite interpretar –otorgarles otro sentido- a situaciones simbólicas o concretas.

Retomando el ejemplo anterior: “no soy monedita de oro para caerle bien a todos”, la semejanza la hago entre una moneda de oro y yo, de esta manera cambio el sentido estricto de una moneda al compararlo conmigo (una persona), y el lugar, la actitud y el momento en que lo digo propicia un significado determinado, pues llevo la función de ésta frase popular, mas allá de su contexto inicial.

Así mismo, siempre que una cosa es asemejada a otra, o cuando se habla de ella como si fuera otra, hay una metáfora, pues su función es llevar el conocimiento más allá de su contexto inicial, hacia un contexto nuevo. Y ésta permite que nos sirvamos de experiencias previas para dar sentido a nuevas. Por lo tanto, cada que utilizo una metáfora, empleo una imagen o asociación que se traslada de un plano a otro con el fin de resaltar semejanzas, diferencias o ambigüedades. De esta manera, la metáfora puede desarrollar una nueva conciencia al conectar o enlazar dos acontecimientos, ideas características o significados y transformar las experiencias de una forma a otra (Martínez & Maya, 1998).

Esto ocurre automáticamente, pues en cada momento tenemos la oportunidad de construir nuestra forma de ver el mundo (dándonos cuenta, o no), ya que, como lo describí en el capítulo primero, el conocimiento que ahora adquiero, lo adhiero con el previo y de esta manera voy dando mi propio sentido a la experiencia. Dicho proceso lo llevo a cabo a través de interpretaciones que me estoy haciendo de la realidad.

Luego entonces, podemos pensar en la metáfora como un enlace que genera nuevas comprensiones con un carácter de intencionalidad específica. Y aplicada al contexto de las situaciones humanas, esa intencionalidad puede ser de aprendizaje, de reflexión, de esperanzas, de soluciones, de orientación, etcétera. Dicho enlace lo podemos entender como un patrón del pensamiento que busca igualaciones entre las cosas, no diferencias (Armendáriz, 2002),

Así que, Milton H. Erickson daba por hecho que las personas ya poseen los recursos necesarios, los “cómo”, para resolver las dificultades con que se encontraran, él creía que toda la gente ha desarrollado y dominado esas aptitudes en ciertos contextos, pero consideraba que habitualmente no las aplicamos en los contextos en que aparece la dificultad. Él decía que la tarea del terapeuta, consiste entonces, en transferir ese “saber cómo hacer” desde el contexto en que el consultante lo posee hacia el contexto en que le hace falta (O’Hanlon, 1993).

Una forma que él utilizaba con frecuencia para lograrlo eran las metáforas, pues decía que cada persona tiene un estilo individual de llegar al cambio y que independientemente del problema y de las circunstancias en que se diera la terapia, es posible hacer uso del lenguaje metafórico. Pues, consideraba que a través de la palabra se pueden evocar recuerdos de experiencias y sentimientos previos a través de cada frase, y que los efectos pueden atribuirse a un cuento, una narración o a un personaje (Selekman, 1996).

De hecho, la misma palabra es una metáfora dependiendo de la expresión, ya que, simplemente, la palabra no es la cosa que significa. Por ejemplo, la palabra “silla” es sólo un convencionalismo inventado y aceptado por una comunidad lingüística específica para denominar a un objeto que nos brinda ciertas utilidades, pero la palabra misma no es el objeto, o sea, la palabra “silla” no es la silla en sí. Dicho en otras palabras: el mapa no es el territorio (Armendáriz, 2002).

Por otro lado, cabe decir que, el lenguaje metafórico va de la mano con el lenguaje simbólico. La palabra símbolo proviene del griego *sym*, que significa “junto”, es decir, la palabra significa juntar. Por ésta razón el ser humano lo ha empleado en todas las épocas para transmitir información esencial a quienes perseguían un camino disciplinado de desarrollo personal y para darles las directrices a los que estaban pasando por una crisis vital de evolución. Y aún ahora en nuestros tiempos, los relatos históricos, los mitos, las biografías, las tradiciones, las leyendas y las imágenes de otras culturas todavía logran provocarnos una cierta resonancia interior, pues nos significan (Armendáriz, 2002).

Luego entonces, las metáforas, pueden considerarse símbolos y, como tales, utilizarse con un propósito especial para crear con cualquiera de esas dos formas de comunicación; una buena carga de intensidad emocional en diferentes circunstancias, con mayor rapidez y de forma más completa que las palabras habituales. Pues entre el objeto y el símbolo se crea una relación mágica, donde el todo y su parte, el símbolo (objeto físico) y su significado (representación mental), se convierten mágicamente en lo mismo (Armendáriz, 2002).

Tere Robles, directora del centro Ericksoniano de México, comenta que a partir de su trabajo influenciado principalmente por los conocimientos que ha adquirido sobre Milton H. Erickson, sabe que el lenguaje de las metáforas y de los símbolos no se dirige a una persona o a un problema específico sino que hace surgir para cada individuo y para cada situación la respuesta adecuada. Ella dice que los símbolos y las metáforas son el lenguaje del inconsciente (Robles, 1999).

Y por tanto, proveen de múltiples significados que permiten a cada quien tomar lo que requiere sin darse cuenta concientemente, es decir, permite la elección sin juicio del inconsciente, luego entonces, son un recurso poderoso en psicoterapia (Barker, 1985).

Cabe decir que, las historias de Erickson incorporaban el humor e incluían instrucciones, información interesante y el tema de la búsqueda. De hecho, cabe hacer énfasis en que Erickson incluía en sus sesiones el humor. Él tenía una gran capacidad de despertar al niño interno de sus consultantes, atraer su interés e inducirlos al cambio, pues creía que los terapeutas debían “desparramar humor por todas partes”. Consideraba que el humor poseía un tremendo poder curativo (Selekman, 1996).

Entonces, utilizaba una historia que, de inicio, capturaba la atención del receptor, provocando una alteración en su estructura de pensamiento. Así, lograba que sus cuentos proporcionaran un conducto directo al inconsciente del consultante, con lo que modificaban con éxito creencias obsoletas y creaban nuevas posibilidades.

Por otro lado, Erickson con frecuencia hacía uso de otro recurso importante con que contaba, y es el “sembrar ideas en la gente”. La siembra la podemos definir como la activación de un blanco deliberado mediante la presentación previa de una insinuación. Dicho blanco se activa si hacemos preceder una clave a la presentación eventual de una intervención futura. Entonces, la siembra establece una disposición constructiva a partir de la cual podremos después traer a la luz una meta futura. Por ejemplo: cuando para una persona la sugerencia es de comer en forma más pausada, para insinuarle ésta idea podemos retar sensiblemente el ritmo de sus palabras, o se puede señalar que uno de los verdaderos placeres del estado alterno de conciencia es experimentar un retardo espontáneo de los ritmos de movimiento. Estas ideas sembradas se desarrollarán en el curso de la terapia. Erickson no sólo sembraba con mucha anticipación ideas ó relatos, sembraba su intervención (Zeig, & Guilligan, 1990).

Era a través de estas insinuaciones indirectas, que lograba provocar una disposición sensitiva y establecer un potencial de respuesta que poco a poco activara suficientes asociaciones con la intervención que se proponía, logrando así que la persona al recibirla actuara conforme a ella. Luego entonces, él concebía que la terapia era un proceso en el que se empleaban técnicas indirectas a fin de guiar suficientes asociaciones positivas para impulsar una conducta constructiva (Zeig, & Guilligan, 1990).

Ahora, se asume que la parte consciente se mantiene ocupada en los contenidos literales, permitiendo así que el mensaje terapéutico “burle” la vigilancia consciente y llegue al inconsciente mediante la aplicación y la connotación de la palabra o frase, que llega a funcionar como sugestión para el receptor (Selekman, 1996).

Dichos efectos surgen al enfatizar la intervención del hemisferio derecho al comunicar la metáfora. Una manera de expresar esta idea, consiste en considerar la metáfora como un tipo de comunicación característica de éste, que al ser predominantemente no verbal, emplea el lenguaje analógico, es decir, el que trabaja transmitiendo información con las siguientes manifestaciones: actitudes corporales, expresión de la cara, tono y matiz de la voz, sensaciones corporales e imágenes. Todas las representaciones del mundo emotivo, del inconsciente, donde están grabadas las vivencias que nos sirven de aprendizaje y que se pueden aprovechar. Así pues, la psicoterapia ericksoniana actual utiliza los mecanismos de la mente inconsciente y transforma los símbolos o los resuelve sin tratar de interpretarlos, con lo que se logra por un lado, que la resistencia deje de ser necesaria y desaparezca, y por otro, que al resolver o modificar un símbolo, se resuelvan, al mismo tiempo, todas las vivencias que estaban ahí condensadas (Robles, 2005).

De esta manera Erickson utilizaba las metáforas considerando que dependiendo de la historia personal son los descubrimientos que alteran la percepción de nosotros mismos, del universo y de la interconexión que tiene el hombre con el todo que es lo que le da o no un significado a su existencia, y que genera un lenguaje simbólico y metafórico. Esto tiene que ver también con lo que Gregory Bateson (1993), llama “la pauta que conecta” a todas las criaturas vivientes, al cangrejo con la langosta, a una flor con otra, a los seres humanos con todo y con todos. Milton H. Erickson decía: “Si quieres que alguien hable de su hermano, háblale tú de tu hermano”. En éste ejemplo, la relación con el hermano es la pauta que conecta a los dos. (Krause, 2005). Cabe decir que durante sus intervenciones Erickson podía dar la sesión a un joven teniéndolo como oyente, mientras se dirigía a la madre ó viceversa, pues creía que lo que no puede hacer una persona es no recurrir a su propio marco de referencia, así que él lo utilizaba para encontrar recursos.

Como he explicado, el uso de metáforas en psicoterapia es muy benéfico, pues entre otras cosas de acuerdo con Zeig (1980), permiten: sembrar ideas sobre la intervención, sugerir soluciones, manejar la resistencia y establecer un control terapéutico.

De hecho éste lenguaje ha sido utilizado en diferentes estilos de tratamiento. Por ejemplo, Elizabeth Kübler Ross, una pionera en el trabajo con personas enfermas terminales, consideraba que si con las sagradas escrituras donde abundan ejemplos de lenguaje simbólico, la gente escuchara más a menudo su cuadrante espiritual, en lugar de envenenar los mensajes de esa maravillosa fuente de comunicación con su propia negatividad, sus miedos, sus sentimiento de culpabilidad, sus ganas de castigarse a sí mismos y a los demás, también comenzarían a comprender el maravillosos lenguaje simbólico de los moribundos cuando éstos intentan confiarnos sus preocupaciones, sus conocimientos y sus percepciones (Kübler, 2004).

Finalmente, es importante aclarar por un lado, que durante el proceso de significación intervienen ambos hemisferios, pues se complementan uno a otro, por tal razón, las metáforas son utilizadas para que las personas que las escuchan “espontáneamente” hagan la o las conexiones que requieran a través de su interpretación y que haciendo uso de sus recursos tomen el mensaje que les sea útil en el momento de escucharlas (Selekman, 1996).

Por el otro, quiero decir, que no hay una sola forma de utilizar las metáforas, más bien considero que Milton H. Erickson mostró que en la creatividad del terapeuta, todo lo que se presente durante la interacción y la relación entre él y el consultante son la base para la construcción de la terapia que para ésa persona puede funcionar mejor, de acuerdo a la información que previamente se ha venido tomando. Por lo tanto, así como los estilos de las personas que las escuchan varía de acuerdo a su propia historia de vida, también el estilo en que cada terapeuta la construye y la narra es determinado por su personalidad.

Por otro lado, la creación de metáforas utilizadas en el contexto terapéutico son muy diferentes unas de otras dependiendo de la persona y los objetivos por las que son hechas, sin embargo, su función es semejante: reencuadrar una dificultad y brindar alternativas de solución para la misma. En el siguiente apartado, describiré los pasos que por lo general han seguido algunos terapeutas para construir una metáfora.

4.2.1 CONSTRUCCIÓN DE METÁFORAS

Retomando lo explicado en los apartados anteriores, cabe decir que las metáforas son dispositivos de reencuadre que funcionan de acuerdo a los requerimientos que cada persona tiene en su circunstancia actual. Entonces la importancia de su construcción es cuidar que la inducción (indirecta), que el terapeuta propicia, le permita al receptor hacer la integración de la información que le lleve a encontrar nuevas conexiones internas, con las que logre vislumbrar una significación con que se pueda construir una realidad más amable.

Durante éste proceso, es importante que el relato sea paralelo a la situación real del oyente, pues conviene crear un símil de la situación real que está viviendo. Recordemos que Erickson propone captar su atención e impulsarle a tener conductas constructivas.

Los cuentos de hadas son bellos ejemplos de esto: un patito feo se convierte en un bello cisne, pues, el significado de cualquier evento depende del marco en que se lo sitúe: cuando se cambia el marco, también se cambia el significado. Cuando cambia el significado, también lo hacen sus respuestas y su comportamiento. La habilidad para reubicar actos da una mayor libertad y mayores opciones. Es por eso que, cuando se emplea un reencuadre lo que se hace es cambiar un marco, sea este conceptual o emocional desde el cual se vivencia la situación problemática para ubicarla dentro de otro marco que se amolde mejor a los hechos de la misma situación, lo cual modificará su significado (Barker, 1985).

Lo que Erickson hacía era ayudar a las personas a moverse del sitio en que se encontraban, esto puede referirse a ideas, costumbres, grado de sensaciones etc., y dado que consideraba que cada persona es un ser único con recursos y estilos diferentes, antes de intentar dicho reencuadre, solía observar detenidamente a la persona, escuchando con atención su discurso, de esta manera podía establecer nuevas ideas para construir algo sobre ellas después. Él atendía a los múltiples mensajes metafóricos que la gente comunica constantemente a lo largo de su interacción. Y posteriormente, sus intervenciones no eran simples y directas, sino que incluían una variedad de analogías aplicables a su situación (Haley, 1989).

Cabe decir que aún cuando Erickson fue uno de los pioneros, desde mi punto de vista dando aportaciones cruciales, no se dedicó al trabajo de estructuración, sin

embargo, varios de sus discípulos sí se dedicaron a esta tarea y actualmente contamos con diversas técnicas y herramientas de primera mano. Por ello antes de pasar a los pasos que hay que considerar para la estructuración de la historia, me parece importante resaltar algunos señalamientos que dichos discípulos, han propuesto y que les han sido de utilidad en el momento de trabajar con éste recurso en psicoterapia (Zeig, 1980; Barker, 1985; Lankton & Lankton, 1989; Selekman, 1996; Robles, 2005; Álvarez, 2006; Aguirre & Álvarez, 2007).

- 1 Durante la entrevista identificar lo que quiere la persona.
- 2 Identificar en qué nivel lógico se encuentra la dificultad pues en ese nivel lógico el protagonista resolverá la dificultad.
- 3 Identificar los símbolos que maneja la persona.
- 4 Tener en cuenta sus canales perceptuales (V,K,A,O.; categorías de Zeig en Robles (1991)), durante la narración se habrán de ampliar las posibles opciones de la persona, por ejemplo, si hay alguna modalidad predominante incluir otras modalidades.
- 5 Ubicar donde está la atención del problema, ver si está orientado hacia afuera o lo está hacia adentro.
- 6 Precisar el contexto del problema, este puede ser, la familia, pareja, trabajo, amistad, etc.
- 7 Cuál es el tipo de interrelación que se establece en el problema (simétrica, complementaria, metacomplementaria)
- 8 Actitud ante el problema: ¿es pesimista u optimista?
- 9 Desde qué persona está viendo el problema (1ra. 2da. 3era.), aquí es importante partir desde el lugar en que ubica su persona y luego ir a las otras posiciones.
- 10 Estructura del lenguaje (en qué parte se encuentran más inconvenientes).
- 11 Identificar las congruencias y las incongruencias; en la metáfora se deben poner congruencias en donde se observaron las incongruencias.
- 12 Detectar la intensidad del problema. Manejar el énfasis en donde el paciente lo pone.
- 13 Posición ante el cambio. Si espera que el cambio se dé en la persona misma o si espera que pase algo desde afuera que resuelva el problema; durante la narración el cambio se ubica como ocurriendo desde la persona misma.
- 14 Hacer el chequeo ecológico.
- 15 Cuales son las soluciones intentadas. Estas no se incorporan en la narración.
- 16 Identificar la pauta interaccional que se está dando para en la narración romper ese patrón. Tipo de respuesta que tiene la persona ante la propuesta terapéutica (chechar si es polaridad o directa). Si son "contreras" funcionan con retos.

Tomando en cuenta lo antes dicho, podemos pasar a la estructuración de la metáfora, considerando los siguientes pasos:

a) *Recopilación de información e identificación de los objetivos terapéuticos.* De inicio para la elaboración de la metáfora es importante recopilar la información conociendo el sistema representacional de la persona, es decir, observar el estilo del consultante (para esto son útiles los señalamientos de arriba).

Posteriormente podemos identificar el problema, la dificultad; identificar los eventos característicos del problema; especificar los cambios que la persona quiere y puede lograr (objetivos) e identificar qué es lo que hasta el momento presente le ha detenido para lograrlo. De esta manera, la intención es llegar a un objetivo claro y concreto que nos permita presentar lo que el consultante desea, así como el modo de obtenerlo, el crecimiento que conlleva para la persona rebasar el problema y una forma de lograr la solución (Aguirre & Álvarez, 2007).

Teniendo el objetivo terapéutico bien claro, lograremos producir un relato más orientador que nos permita llegar a él. Así que es importante plantearnos una meta en relación a lo que sí queremos conseguir en el presente, pues la mente inconsciente no registra negaciones, así que un objetivo establecido en términos negativos generaría poca creatividad, a diferencia de utilizar uno en términos positivos, ya que éste provoca una comunicación eficiente y conseguimos una imaginación enriquecida (Álvarez, 2006)

En este momento de la estructuración podemos empezar a indicar detalles de las imágenes, ideas o símbolos en la línea argumental que se ha de contar, pues el efecto de la metáfora está en buena medida en función de su originalidad, es decir, de su capacidad de crear una diferencia, de introducir información nueva en el sistema de significados que se maneja en la situación de cambio. Y esto, también influye para atraer la atención del receptor. Es posible utilizar la pregunta: ¿a qué es análogo este objetivo? (Lankton & Lankton, 1989).

Luego entonces, en la construcción de la trama de la historia se han de plantear las amenazas o dificultades, peligros o desdichas que el personaje ha de afrontar (Barker, 1985).

Es conveniente considerar el contexto de la persona y del problema, pues debe mantener congruencia con el mundo y los principios del paciente y del terapeuta (chequeo ecológico).

b) *Contextualizar y reencuadrar el problema inicial.* Al elaborar una metáfora, una vez que ya recopilamos la información, podemos enfocarnos a la construcción. Para esto, empezamos por seleccionar el contexto de manera semejante a la que está situado el consultante, creamos una analogía del problema y lo ampliamos. Dichas partes del problema tendrán que ser equivalentes en la realidad y en la metáfora, para entonces elaborar una trama que reencuadre el problema inicial proponiendo experiencias que pueden enseñar a conectar el problema con la solución y haciendo énfasis en que la resolución de las dificultades está en la persona, es decir en el uso de sus propios recursos (Aguirre & Álvarez, 2007).

Aquí es importante, la creación de imágenes del terapeuta y su capacidad para involucrar al oyente en el relato, utilizando toda la información recopilada y continuando captando cómo es el efecto del consultante al recibir el relato. De esta manera sabrá si esta solución es lo suficientemente reveladora, alivante y si está surtiendo el efecto esperado. En este momento agrega elementos para sostener el drama y decide qué poner fuera de la secuencia para mantener el interés. Entonces, crea experiencias internas que sirvan de referencia para ir facilitando el logro de la meta (Lankton & Lankton, 1989).

Así que el protagonista del cuento ha de hacer uso de sus recursos personales para ir resolviendo las dificultades planteadas. Vamos describiendo cómo se van dando esas dificultades y cómo las va enfrentando, pues no es conveniente que las soluciones se vayan dando por el resultado de eventos situados en el exterior de la persona. Por lo que, conforme se van planteando las dificultades el personaje las va enfrentado y estas soluciones que va dando son a su vez los diferentes modos en que puede resolver su problema (Berker, 1985).

c) *Desenlace y verificación.* Posteriormente se decide sobre una imagen final para determinar la finalización y ofrecer un cierre para la historia.

En éste momento, la historia concluye teniendo un final feliz, ya que esto transmite el alivio que nos da el haber podido vencer las dificultades. Aquí es substancial señalar cómo la persona se da cuenta de que ha encontrado los recursos que necesitaba en él mismo y cómo esto lo lleva a un estado de paz y tranquilidad. Esto significa que no sólo se consiguió vencer las fuerzas del mal sino que además serán eliminadas y ya nunca volverán a presentarse (Aguirre & Álvarez, 2007).

Finalmente se capta información para revisar que el recurso necesitado para alcanzar el objetivo terapéutico original pueda ser alcanzado. (Lankton & Lankton, 1989).

Cabe decir que es importante observar e incorporar las respuestas ideó motoras de la persona mientras reciben la historia, pues esto nos comunica el estilo en que la están recibiendo. Y dado que tanto el consultante como el terapeuta se dan información durante la transmisión de la historia, considero conveniente conocer algunas estrategias que nos permitan lograr los objetivos deseados al momento de narrar la historia, de esto hablo en el siguiente apartado.

4.2.2 ESTRATEGIAS PARA NARRAR HISTORIAS

Retomando lo que he escrito hasta ahora, podemos ver que por naturaleza humana comprendemos de creatividad e imaginación, y que dependiendo de la historia personal son los descubrimientos que alteran la percepción de nosotros mismos, del universo y de la interconexión que tenemos los humanos con el todo,

que es con lo que le damos un significado a nuestra existencia, llegando así a generar y entender un lenguaje simbólico y metafórico.

Entonces las metáforas son utilizadas para que las personas que las escuchan hagan la o las conexiones que requieran a través de su interpretación, y que haciendo uso de sus recursos tomen el mensaje que les sea útil en el momento de escucharlas. Y un aspecto fundamental para el éxito del objetivo que tenemos al contar una metáfora, es todo lo relacionado a la forma de narrarla.

Por lo tanto es importante considerar que durante la narración de las historias existe un continuo de información, función y participación, por lo que ambos hemisferios, (tanto del consultante como del terapeuta y en la conexión entre los dos) están en funcionamiento, alternando información, recursos, capacidades y especialidades. De ésta manera, las palabras y los significados, la trama, la secuencia y la lógica, los acontecimientos y los personajes son recibidos y organizados por el hemisferio izquierdo (dominante o categórico); en tanto que las entonaciones de voz, las inflexiones, el sentimiento con que es narrada, la convicción del narrador, las pautas de problematización y solución, la emotividad, la traducción de las palabras en imágenes y símbolos, la vivencia de la narración en el presente y la distorsión del tiempo, son mágicamente manejados por el hemisferio derecho, totalizador, globalizador o representacional. Entonces, ambos hemisferios participan en armonía y equilibrio para proporcionar una interpretación integrada (Álvarez, 2006 y Aguirre & Álvarez, 2007).

De esta manera, tomando en cuenta que durante la transmisión hay que dar vida a la metáfora, el terapeuta debe considerar que, así como durante nuestra vida retenemos mejor la información que nos transmiten de manera cordial e invitante, al narrar la historia causamos mayor impacto en el oyente si lo hacemos de forma vivida ó actuada. Durante éste proceso el relato es un instrumento que pone en palabras lo que de otro modo podría correr el riesgo de no ser dicho. (Álvarez, 2006) Entonces, la creatividad, emoción, y yo diría que también la fe que el terapeuta siente respecto a lo que está haciendo, son determinantes para el significado que la persona que la recibe le de.

Cabe decir que la forma en que integre la información el oyente es influenciada directamente por el estilo que utilice el terapeuta al transmitir la metáfora. Y para esto es importante considerar los señalamientos siguientes, que son propuestos por terapeutas expertos en éste estilo de trabajo (Zeig, 1980; Barker, 1985; Lankton & Lankton, 1989; Selekman, 1996; Robles, 2005; Álvarez, 2006; Aguirre & Álvarez, 2007):

- 1 El uso de predicados: Al escuchar con atención, podemos darnos cuenta del tipo de predicados que utiliza con mayor frecuencia e incluso de la secuencia en que los utiliza y durante la narración los podemos agregar.

- 2 Variedad en el discurso: El lenguaje que se utilice en el desarrollo de la narración tiene que permitir que se puedan presentar varios contenidos para cada una de las frases.
- 3 La atemporalidad: El uso de un contexto atemporal permite que cualquier cosa pueda suceder (el, Había una vez..., En un lugar de la mancha de cuyo nombre ...)
- 4 Entremezclado: El uso del entremezclado para darle a ciertos contenidos un significado especial. Puede hacerse tanto en el manejo de los tonos de voz al hacer la narración como mediante la acentuación especial de algunas palabras a través de su repetición durante el transcurso de la historia (de esto hablo más adelante).
- 5 Uso del tiempo: Para recuperar recursos en la persona resulta muy conveniente contar la historia en pasado (así puede registrar que dichos recursos están ahí desde hace tiempo), para inducir a que la persona genere nuevos recursos actualmente, resulta conveniente contársela en tiempo presente. Finalmente el tiempo futuro se puede utilizar para sembrar lo que a consideración del terapeuta, la persona utilizará y para que construya en su mente un futuro alterno con opciones enriquecidas.
- 6 Uso del humor: El uso que se hace del humor va a permitir el que se promuevan confusiones propositivas de los niveles lógicos.
- 7 Contenido: Durante la narración se pueden usar símbolos tanto aquellos que compartimos culturalmente (el negro como luto o la paloma como libertad) como los que son propios del mapa del consultante.
- 8 Incluir preguntas: Durante la narración, es posible plantear preguntas en que el oyente solo debe percatarse o revisar su respuesta, aunque no la dé oralmente. Entonces, es posible hacer participar al receptor o también es posible llevarlo a una actitud pasiva en que solo escuche, o en que lea, o en que observe.

Como ya dije antes Erickson, no trabajó en esta estructuración, pero varios de sus discípulos sí lo hicieron, entonces de acuerdo a los intereses de la presente investigación, retomo las características que algunos de ellos consideran importantes para el estilo que han desarrollado.

Barker (1985), propone seis principios fundamentales que considera, deben ser tomados en cuenta al contar una metáfora en terapia. De inicio, dice que es pertinente preparar bien la metáfora antes de empezar (como expliqué en el apartado anterior, tener claros los objetivos y ya diseñada la historia). La siguiente consideración es el tomarse el tiempo necesario para contarla (dice que es

importante no precipitarse al momento de contarla, incluso se puede ensayar antes para asegurarnos de provocar el impacto deseado). En tercer lugar, propone que hay que variar el ritmo y el estilo para contarla (como ya describí antes, el hemisferio derecho (mente inconsciente) capta e integra ésta información y la integra en forma automática). Después, dice vamos a decidir (previamente) qué partes de la historia (frases, apartados, palabras) deben de ser enfatizadas, (las que sean seleccionadas se transmiten con una variación en la velocidad, el tono y/o ritmo de las mismas, lo que también capta el hemisferio no dominante o representacional). En quinto lugar considera que el terapeuta debe hacer que la metáfora suene interesante (no se trata de aburrir al oyente, al contrario, y para esto nos podemos auxiliar de la observación durante la narración). Finalmente dice que hay que prestar atención a las respuestas, especialmente las no-verbales, de quienes escuchan y de ser necesario modificar la técnica de acuerdo a ello (corregir sobre la marcha).

Por otro lado, Milton H. Erickson consideraba que el uso de las metáforas da oportunidad a trabajar con las personas, ayudándolas a “no caer”, es decir, guiarlas a tomar algo que les sea útil, y una forma de lograrlo es a través de platicar varias metáforas que tengan mensajes similares como él lo hacía. De hecho, él con frecuencia comenzaba a decir una historia que interrumpiría antes de completar para empezar otra, que posteriormente también interrumpía antes de completar para saltar a algo más. Después regresaría a completar las historias, mientras tanto otro trabajo se habría hecho para ayudar a la persona a acceder a los recursos necesarios (Lankton & Lankton, 1989).

Lankton y Lankton (1989), describen ésta forma de narrar la historia y la llaman historias embebidas. El planteamiento es que hay que elegir tres historias, una principal y dos acompañantes para que refuercen a la principal, el terapeuta comienza contando una de las historias acompañantes y elige un punto de la historia (aproximadamente a la mitad o en un punto crucial) y la interrumpe para empezar a contar la segunda historia acompañante, que también va a interrumpir en un momento crucial, entonces empieza a narrar la tercera historia que es la principal, el mensaje mas importante que queremos transmitir al paciente y la narramos completa. Luego, continua con la segunda historia exactamente donde había interrumpido, sin repetir palabras, sólo continúa donde corresponde hasta concluirla, luego retoma la primera historia acompañante y de la misma manera que la anterior la toma exactamente donde la interrumpió y termina su narración. Cabe decir que esta forma de narrar la historia, tiene la facultad de crear amnesia, por lo que evita el juicio de la mente consciente y potencia los resultados terapéuticos.

Por su parte Tere Robles (1999), considera que antes de transmitir la metáfora es conveniente, para obtener mejores resultados, iniciar una relajación o estado de trance hipnótico. Ella dice que de esta forma se brinda a la persona un contacto consigo misma ya que su atención se vuelca hacia aquello que imagina y siente, más que a lo que objetivamente piensa sin perder su relación con el exterior.

Robles, refiere que dicho estado dura breves minutos, durante él, la persona se relaja y descansa mientras escucha la metáfora, como si fuese una especie de ensueño despierto durante el cual predomina el hemisferio derecho y tal vez tenga la misma función de equilibrio psíquico, que el ensueño dormido posee, o quizás sea parte de la actividad preparatoria para hacerlo. Finalmente comparte que de acuerdo al caso que atiende, de ser necesario hace sugerencias posthipnóticas, permitiendo así que la mente inconsciente de la persona continúe trabajando en dicho proceso.

Tomando en cuenta lo revisado hasta ahora, podemos considerar que de manera general los aspectos que hay que tomar en cuenta en el momento de transmitir la historia son:

- 1) La actitud debe ser congruente al mensaje transmitido, reflejando esta actitud, tanto con los mensajes verbales y no verbales.
- 2) Expresarla en un lenguaje que refleje lo que se quiere transmitir.
- 3) En la medida del lenguaje, la metáfora debe acercar al individuo con su vivencia y con la forma en que percibe su realidad, así tendrá mayor efecto en él.

Entonces, las formas de narrar las metáforas son las que el terapeuta va desarrollando a través de ejercicio práctico, de esta manera va encontrando su propio estilo. Así mismo cabe resaltar que una de las aportaciones que Milton H. Erickson hizo, es que durante su encuentro, el terapeuta debe conocer y utilizar el estilo del consultante para encontrar las estrategias que a su caso, en ése momento y en ese contexto, le pueden servir de motivación o como inicio de futuros procesos mas constructivos en su vida.

Para terminar este capítulo quiero subrayar que Erickson afirmaba que el terapeuta no debe concentrarse en la técnica, sino en lo que le comunica a la persona. De ahí la importancia que él le daba al hecho de que el terapeuta se conociera a sí mismo, sus propias habilidades, sus propios conocimientos, sus propios valores, sus propias honestidades, pues él creía que el auto conocimiento del terapeuta lo lleva a un sentimiento interno de respeto por sí mismo, con lo que encuentra certeza de lo que puede hacer, ya que se da cuenta de dentro de sí, que tiene un sentimiento de confianza en sus habilidades y una buena disposición de hacer su labor, y en caso de ser necesario lo lleva a confesar alguna debilidad, sabiendo que ésta no es señal de inferioridad. Erickson decía que el hombre fuerte puede y hace, por eso gana y merece respeto (Erickson, 1962).

En el siguiente capítulo expongo a detalle el método de investigación empleado en la presente investigación, así como los fines de la misma.

CAPITULO 5:

METODO DE INVESTIGACIÓN

<<¿Qué es la hierba? >>, me dijo un niño con sus manos cargadas.

¿Qué podía contestarle, si tampoco lo sé?

Quizás sea la bandera de mi alma tejida
con sustancia de verdes esperanzas.

O el pañuelo de Dios, un regalo fragante que se pierde a sabiendas;
Tal vez en uno de sus extremos lleva un nombre bordado para que al
verlo digamos: <<¿de quién es?>>.

O quizás es la hierba ella misma un chiquillo,
tierno retoño de la vegetación.

¿Es tal vez un jeroglífico uniforme cuyo significado es brotar por
igual en tierras anchas y estrechas, crecer entre negros y blancos?

Canadiense, piel roja, senador, inmigrante,
a todos os acoge y se os da por igual.

Y ahora se me antoja que es el largo cabello
que hermosea las tumbas.

Te usaré tiernamente, dulce hierba rizada...

El más corto retoño es una prueba de que la muerte no existe.
Y si alguna vez existió dejó paso a la vida: no está aguardando al
final del camino para detener su marcha:

Dejó de existir desde el momento en que existió la vida.

Todo crece y se extiende; nada, pues, se destruye,
Y morir es distinto de lo que suponemos, y de mejor fortuna.

(Whitman, 1999)

CAPÍTULO 5: MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

En este capítulo mi objetivo es por un lado, resaltar los aspectos más importantes que para los fines de la presente investigación tiene la metodología cualitativa, específicamente utilizando el método de estudio de caso; y por otro, describir el plan de acción que llevé a cabo retomando lo explicado en los capítulos anteriores.

Para empezar quiero recordar que el proceso por el que pasa tanto la persona enferma como su familia varía, pues ante el mismo suceso cada familia reacciona de manera diferente, aunque muy similar. Cuando la enfermedad se manifiesta en un hijo, la familia requiere de una reorganización pues influyen nuevos factores en el aspecto físico, social, emocional, psicológico y familiar. El sistema familiar puede manifestar trastornos a través de conductas regresivas como ansiedad, depresión, etc., que aunados con la comunicación familiar los podría llevar a la desintegración. (Velasco, & Sinibaldi, 2001). Por dicha razón se requiere de un tratamiento que se enfoque en las cualidades de manera profunda, es decir que permita la exploración de la gente en su vida cotidiana (Taylor, 2000). En el primer apartado específico las preguntas de investigación de las que parte la presente investigación, posteriormente voy a describir la metodología cualitativa utilizada y finalmente describiré los pasos realizados durante dicha investigación.

5.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuál es la concepción que tiene la familia de un niño enfermo de cáncer, respecto a la enfermedad?
2. ¿De qué manera influye la concepción que la familia tiene de la enfermedad, para la comunicación que tiene con el niño enfermo?
3. ¿Cómo influye la comunicación familiar en la calidad de vida del niño?
4. ¿De qué manera contribuyen las historias utilizadas de manera Ericksoniana, para la reconstrucción del concepto que la familia tiene respecto a la enfermedad?
5. ¿De qué manera influye dicha reconstrucción (del concepto enfermedad), en la comunicación que la familia tiene con el niño enfermo?

5.2 PROPOSITOS

1. Incidir en la concepción de la familia del niño enfermo de cáncer, respecto a la enfermedad.

2. Incidir en la concepción de la familia respecto a la enfermedad, para crear una comunicación satisfactoria con el niño.
3. Contribuir en el manejo psicológico del niño enfermo y de su familia, para mejorar su calidad de vida.
4. Utilizar historias de manera Ericksoniana con la familia del niño enfermo, y reportar los efectos en la comunicación familiar.
5. Identificar la manera en que influyó la comunicación, para la utilización de la información proporcionada, durante la preparación de metáforas Ericksonianas.
6. Difundir entre los profesionales de la salud los resultados obtenidos en la presente investigación.

5.3 LA METODOLOGÍA CUALITATIVA

La metodología cualitativa, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Trata de descubrir tantas cualidades como sea posible, por lo que se enfoca en el entendimiento en profundidad, estudiando la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas (Rodríguez, Gil & García, 1999).

Taylor y Bogdan (1994), señalan que dentro de las características principales de esta metodología se pueden mencionar las siguientes:

1. La investigación cualitativa es inductiva.
2. Tiene una perspectiva holística, esto es que considera el fenómeno como un todo.
3. Se trata de estudios en pequeña escala que sólo se representan a sí mismos.
4. Hace énfasis en la validez de las investigaciones a través de la proximidad a la realidad empírica que brinda esta metodología.
5. No suele probar teorías o hipótesis. Es, principalmente, un método de generar teorías e hipótesis.
6. No tiene reglas de procedimiento. El método de recogida de datos no se especifica previamente. Las variables no quedan definidas operativamente, ni suelen ser susceptibles de medición.
7. La base está en la intuición. La investigación es de naturaleza flexible.

8. En general no permite un análisis estadístico.
9. Se pueden incorporar hallazgos que no se habían previsto.
10. Los investigadores cualitativos participan en la investigación a través de la interacción con los sujetos que estudian, es el instrumento de medida.
11. Analizan y comprenden a los sujetos y fenómenos desde la perspectiva de los dos últimos, por lo que debe eliminar o apartar prejuicios y creencias.

El objetivo de la investigación cualitativa es la comprensión, centrando la indagación en los hechos; es el papel personal que adopta el investigador desde el comienzo de la investigación. En ésta se espera una descripción densa, una comprensión experiencial y múltiples realidades. En la investigación cualitativa, el investigador no descubre, sino que construye el conocimiento (Álvarez, 2007).

De acuerdo al propósito de la presente investigación, de utilizar metáforas de manera Ericksoniana para que una familia con un niño enfermo de cáncer reconstruya su concepción para mejorar su comunicación intrafamiliar, la metodología cualitativa permite atender a la subjetividad de las personas participantes.

ESTUDIO DE CASO

Como mencioné antes, entre las características de los métodos cualitativos está la preferencia por el uso del lenguaje simbólico frente al de los signos numéricos. Una forma de utilizar a fondo dicho lenguaje, es estudiando un caso a profundidad, es decir, revisar a detalle desde las entrevistas iniciales hasta el seguimiento final e ir cuidando que estemos encaminados a los objetivos iniciales de la investigación.

Una forma de llevar a cabo éste trabajo es utilizando la entrevista a profundidad, que es la técnica para obtener información por medio de una conversación con una persona. Lo que implica un proceso de comunicación en el transcurso del cual los participantes entrevistador y entrevistado, pueden influirse mutuamente, sea consciente o inconscientemente. A diferencia de la observación que se da en escenarios naturales, la entrevista en profundidad supone cierta artificialidad (Martínez, 2001). Además, el entrevistador participa activamente para obtener los datos que le interesan, aquellos que le permitan comprender las perspectivas que tienen los entrevistados sobre sus vidas, experiencias o situaciones (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

Existen diferentes versiones que definen el diseño de una investigación por estudio de caso, sin embargo coinciden en que implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés. (García 1991, en Rodríguez, Gil & García, 1999)

5.4 PARTICIPANTES

Trabajé con una familia con un hijo de 3 años de edad que fue internado en el área de hematología del Hospital General de México. El apoyo psicológico se realizó desde la etapa previa al diagnóstico de la enfermedad.

La descripción en general de la familia cuando se inició la investigación es la siguiente: La señora tenía una mirada constantemente ausente y tapaba su boca al hablar, se mostraba como tímida ó temerosa al dirigirse al personal de salud. El señor tenía sus ojos muy rojos la mayor parte del tiempo, él trabajaba en el día y en la noche iba a cuidar a su hijo, al recibir alguna indicación del personal de salud se mostraba en extremo colaborativo. El niño era delgado y su actitud era muy desenvuelta, regularmente no lloraba, cuando llegaban las enfermeras él solito daba su bracito para que lo inyectaran, sólo pedía antes el algodón para ponérselo después del piquete.

5.5 CONTEXTO DE TRABAJO

La investigación se llevó a cabo en el Hospital General de México. La familia atendida tenía a su hijo internado en el área de hematología, pero todavía no tenían un diagnóstico. Como dije antes, ante un cambio como una enfermedad en algún miembro de la familia, ésta se reorganiza, la forma en que ellos lo hicieron fue que la señora estuviera en el hospital durante el día, dejando a sus otros hijos encargados con sus suegros y que el señor estuviera trabando durante el día (ayudante de albañil), para que en la noche cuidara a su hijo enfermo, por ésta razón, acordamos trabajar la señora y yo, pues el resto de la familia no podría asistir al hospital durante el día.

Las sesiones psicológicas se dan regularmente en alguno de los consultorios del área de pediatría, sin embargo, ahí solo tuvimos la primer sesión, pues nos sentimos incómodas de estar escuchando el llanto de otras familias que estaban recibiendo en ese momento noticias sobre sus familiares. Entonces acordamos tener las sesiones en unas banquitas, en medio del pasto, ésta área está afuera del edificio de pediatría, a un costado del auditorio del hospital. Fueron ocho sesiones una cada semana o cada 15 días. Sin embargo la interacción con el niño fue tres veces por semana, y hubo 2 llamadas de seguimiento posteriores.

Finamente aclaro que dado el principio ético que se maneja en el hospital, no fueron permitidas las grabaciones, por lo que, el primer paso fue acordar a través de un consentimiento informado (ver anexo 1), el objetivo y el alcance de la presente investigación y posteriormente en cada sesión se hicieron registros. Por la misma razón en la presente investigación se cambia el nombre de los protagonistas.

5.6 INSTRUMENTOS

Dentro de la metodología cualitativa los instrumentos son todos los medios que conducen a estimular y facilitar la expresión de la persona investigada. Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación fueron los siguientes:

1. Entrevista Inicial: En esta entrevista obtuve datos de la familia, así como la descripción del tipo de relación familiar previa a la enfermedad.
2. Genograma de la familia: Realicé el trazado de la estructura, el registro de la información y la representación de las relaciones dentro de la familia del momento presente (después del conocimiento de la enfermedad).
3. Redes semánticas: Presenté las palabras clave: Dios, amor, enfermedad, leucemia, morir, viviendo, familia, infancia y luchar. Posteriormente invité a definir las con la mayor precisión posible con un mínimo de cinco palabras sueltas.

Una vez escritas solicité la jerarquización del total de palabras dadas como definidoras en función de la relación, importancia o cercanía considerada a partir de dicha palabra, para lo que invité a la asignaron del número 1 a la palabra más cercana a la palabra estímulo, el 2 a la que sigue en importancia y así sucesivamente hasta jerarquizar el total de palabras definidoras.

4. Entrevistas para la Terapeuta: Esta entrevista surgió como apoyo a mi persona y fue elaborada para registrar la experiencia personal en diferentes momentos. Este ejercicio lo estuve haciendo antes y/o después de cada sesión de acuerdo a como lo consideré prudente.

5.7 LA METÁFORA COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Metáforas con utilización Ericksoniana: Utilicé las metáforas de acuerdo a la información presentada durante la sesión, así mismo, con base en dicha información hice la selección de la metáfora, el momento y la forma de narrarla en la misma sesión.

5.8 ETAPAS DEL DESARROLLO DEL TRABAJO

A continuación se presenta la estructura de cada sesión y posteriormente se desglosan brevemente los temas en general que se trabajaron en cada sesión, esto se encuentra detalladamente en el siguiente capítulo.

A) ESTRUCTURA DE CADA SESIÓN

Algunos de estos datos se consideraron a partir de la segunda sesión, ya que en la primera nos dedicamos a conocernos e iniciar a crear el ambiente de trabajo.

PRIMERA ETAPA: INDAGACIÓN

- Indagar sobre los cambios de una sesión a otra: Esto se enfocaba principalmente a lo relacionado con la comunicación intrafamiliar.
- Indagar cómo se estaban relacionando con los trabajadores de la salud.

SEGUNDA ETAPA: ELABORACIÓN Y ENTREGA DE LA METÁFORA

- Tomar elementos significativos de la indagación anterior.
- Considerar las observaciones hechas al niño durante la semana.
- Retomar la información obtenida mediante los instrumentos de la investigación.
- Con base en los puntos anteriores, seleccionar la forma y el momento en que se narraba la metáfora.
- Una vez narrada, se hicieron preguntas para investigar el efecto, los recuerdos y las emociones que se habían removido al recibir el mensaje, e incluso la posible aplicación (acciones en la vida personal), que podrían dar a dicha metáfora.

TERCERA ETAPA: CIERRE DE SESIÓN

- Se exploraba lo que se había movido durante la sesión.
- Se preguntaba lo que se decidía dejar, haciendo referencia a lo que se había encontrado que no estaba funcionando y que se estaba decidiendo dejar a un lado.
- Se preguntaba lo que se decidía llevar, haciendo referencia a lo que hasta el momento se había encontrado como otro recurso útil, con el cual se podría continuar avanzando.

CUARTA ETAPA: REVISIÓN DE LA TERAPEUTA

- La terapeuta se realizaba a sí misma una entrevista para identificar sus propias emociones y encontrar alternativas para trabajarlas.
- La terapeuta encontraba posibilidades de temas para las sesiones subsiguientes.

B) ESTRUCTURA DEL PROCESO 1ª A 8ª SESIÓN Y DOS LLAMADAS DE SEGUIMIENTO.

PRIMERA SESIÓN: (9/5/08)

(Cuando no conocían el diagnóstico del niño (en los primeros días))

Durante ésta sesión tuvimos el primer contacto la señora Eliza Ortiz Velasco y yo, y abordamos los siguientes temas:

1. Ficha de identificación y entrevista inicial
2. Genograma
3. Al final se le dijo a la señora la primer metáfora: “El proceso de la mariposa”
4. El niño se adaptaba a los cambios que se requieren en el hospital.

SEGUNDA SESIÓN: (14/5/08)

(Cuando no conocían el diagnóstico del niño (en los primeros días))

En esta sesión la señora se mostró muy preocupada y con ideas encontradas, por lo que decidí escucharla y abordamos principalmente los siguientes temas:

1. Sus sensaciones respecto a los comentarios que escuchaba en la sala donde estaba su hijo.
2. Todavía no tenía un diagnóstico preciso por lo que estaba deduciendo lo que podría tener su hijo, pero en ese momento sentía que la doctora se podría molestar si le insistía con sus preguntas.
3. Se le dijeron a la señora las metáforas: “Mi experiencia escolar” y “Recuerda lo importante”.
4. El niño tenía una actitud abierta y de más confianza con el personal de la salud.

TERCERA SESIÓN: (28/5/08)

(Cuando no conocían el diagnóstico del niño (en los últimos días))

En ésta sesión principalmente me dedique a escucharla y fortalecerla, abordamos los siguientes temas:

1. Su hijo había estado muy adolorido y los médicos lo seguían inyectando.
2. Lleva 6 aspirados de médula y seguía sin diagnóstico.
3. Se sentía presionada por la familia (papás y suegros) para sacar a su hijo del hospital y llevarlo a otro lado.
4. Había hablado con la doctora pero no resolvía nada.
5. Se le dijo a la señora la metáfora: “La esencia del ser humano”.
6. El niño platicaba mucho menos y lloraba más.

CUARTA SESIÓN: (6/6/08)

(Cuando conocieron el diagnóstico del niño)

En ésta sesión, la familia ya había recibido el diagnóstico de que su hijo tenía leucemia. Los temas que abordamos fueron los siguientes:

1. Comentamos sobre la posible actitud de su familia y las posibilidades en su actitud para afrontar cada momento.
2. La sintomatología que había presentado hasta el momento su hijo, así como las principales indicaciones que dieron los médicos.
3. Platicamos que dentro de cada persona vive una esencia que nos protege y guía amorosamente.
4. En ésta sesión se le dijo a la señora la metáfora: “Nuestra protección saludable”.
5. El niño fue más consentido que antes (le daban de comer en la boca, ante gestos de empezar a llorar le preguntaban ¿qué quieres? y le daban lo que pedía, además de cargarlo constantemente como a un bebé), esto produjo cambios especialmente en él.

QUINTA SESIÓN: (20/6/08)

(Cuando conocieron el diagnóstico del niño)

En ésta sesión hablamos sobre el significado de algunas palabras y comentamos la utilidad que podía tener conocerse a sí misma:

1. Le presenté a la señora las palabras clave: Dios, amor, enfermedad, leucemia, morir, viviendo, familia, infancia y luchar.
2. Hablamos de las ventajas que tiene el conocerse a nosotras mismas, el reconocer nuestras fortalezas, para sorprendernos menos al momento de utilizarlas.
3. En ésta sesión no se le dijo a la señora ninguna metáfora.
4. El niño continuaba estando consentido.
5. Finalmente comentamos las formas en que ha estado en contacto con su esencia y los resultados obtenidos hasta ese momento.

SEXTA SESIÓN: (4/7/08)

(Cuando le salió al niño una llaga en la boca)

Para ésta sesión a Braulio le había salido una llaga que le estaba molestando mucho, los temas que abordamos fueron:

1. Durante la semana le salió a Braulio una llaga que poco a poco se fue haciendo más grande y le estaba molestando mucho.
2. La señora Eliza habló sobre sus emociones al mirar a su hijo tan inquieto.
3. Comentamos de personas que en circunstancias adversas han elegido

- una actitud que les llevó a crecer y salir adelante.
4. Se le dijeron las metáforas: “La historia de mi maestro”, “Algo sobre Víctor Frankl” y “Los expertos”.
 5. Hablamos de la fortaleza de Braulio.
 6. La actitud del niño era de incomodidad constante.

SEPTIMA SESIÓN: (16/7/08)

(Cuando empezaron a cuestionar y controlar)

En ésta sesión la señora ya había hablado con la doctora responsable y al no ver respuesta de su parte había buscado opciones diferentes, los temas que abordamos fueron:

1. Su desesperación al no ver avance con el tratamiento que se le estaba dando a su hijo y la forma en que decidió buscar a otra doctora.
2. Sus sensaciones al mirar los resultados que obtuvo con ésta actitud.
3. Hablamos de la actitud de Braulio.
4. Se le dijo a la señora la metáfora: “La historia de dos hermanos”.
5. El niño volvió a platicar más y los padres le mostraban cariño y atención sin consentirlo.

OCTAVA SESIÓN: (25/7/08)

(Cuando dieron de alta al niño)

En ésta sesión ya había hecho los trámites para la casa de la amistad y ya le habían dicho que si le apoyarían con algunos gastos, los temas fueron:

1. La tranquilidad que sintió de saber que recibirá ayuda para sus gastos, pues ella cree que así su esposo ya no se va a presionar tanto con el dinero.
2. La infección de Braulio ya está sanando.
3. Los aprendizajes que hemos obtenido con éstas sesiones.
4. Se le dijeron a la señora las metáforas: “Manada de changuitos” y “La evidencia de mi sabiduría inconsciente”.

LLAMADAS DE SEGUIMIENTO:

(Cuando el niño ya estaba en casa)

PRIMER LLAMADA DE SEGUIMIENTO: (27/9/08)

Esta primera llamada la hice después de dos meses de habernos visto la última vez.

SEGUNDA LLAMADA DE SEGUIMIENTO: (31/12/08)

Esta se hizo en año nuevo, con la finalidad de desear un feliz año y la señora reporta que Braulio sigue estable.

CAPITULO 6:

RESULTADOS

¿Y como monjes, hay que cultivar y practicar constantemente la atención al cuerpo para que dé muchos frutos y sea muy beneficiosa?

He aquí monjes que un monje que se ha ido al bosque o al pie de un árbol, o a un lugar solitario... se sienta, cruza las piernas, yergue su cuerpo y fija la atención entorno a la boca, inspira atento y atento espira:

Al inspirar profundamente, sabe: "inspiro profundamente".

Al espirar profundamente, sabe: "espiro profundamente".

Al inspirar ligeramente, sabe: "inspiro ligeramente".

Al espirar ligeramente, sabe "espiro ligeramente".

Se ejercita así: "calmando la actividad corporal, inspiraré".

Se ejercita así: "calmando la actividad corporal, espiraré".

Y así vive alerta, fervoroso y diligente, renunciando a las tendencias e intenciones propias de la vida en el hogar, renunciando a ellas, el interior de la mente se equilibra, se asienta, se unifica y se concentra.

Así es monjes, como un monje cultiva la atención al cuerpo.

(Vélez, 1998)

CAPITULO 6: RESULTADOS

En el presente capítulo mi objetivo es primero, describir, dar sentido e informar, la utilidad que tuvieron los instrumentos en el transcurso de la investigación y posteriormente exponer los resultados obtenidos a partir de los registros hechos.

6.1 UTILIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Para empezar, quiero señalar que cada instrumento fue utilizado en el sentido del objetivo de la presente investigación, por lo que los resultados obtenidos tienen que ver con cada instrumento en particular, pero también con el conjunto en general. A continuación señalo los instrumentos, seguidos de la utilidad obtenida con cada uno:

➤ ENTREVISTA INICIAL:

El haber utilizado preguntas orientadoras en la entrevista inicial, me fue útil para lograr naturalidad y empatía durante el encuentro, ya que ésta sirvió de inicio para conocernos, la familia y yo, estableciendo un ambiente de confianza propicio para el trabajo posterior. Además, durante dicha entrevista obtuve los datos principales de la familia y la descripción general de la interacción que tenían los miembros antes de vivir los síntomas del padecimiento actual del niño.

Esta familia está integrada por el papá al que llamaremos Javier, de 30 años de edad, la mamá que llamaremos Elza de 26 años, los cuates Viry y Bryan de 6 años de edad y Braulio de 3 años, quien fue hospitalizado.

La familia tenía una jornada tranquila en la que los niños acostumbraban ir a la escuela llevados y regresados a casa por su mamá, que ya les había preparado la comida y que les acompañaba para hacer la tarea para que juntos esperaran al papá, quien al llegar comía y gustaba de salir con su esposa y sus hijos a un parque cercano a su casa.

Sin embargo, ante la aparición de los síntomas de la enfermedad y una vez que el niño ingresara al hospital, tuvieron que cambiar dicha rutina por otra en la que prácticamente no se veían, pues la señora cuidaba a su hijo enfermo durante el día, en tanto que el señor tuvo que pedir tiempo extra en su trabajo para tener más ingresos para los gastos del hospital, y cuidaba a su hijo por las noches. Los niños mayores eran encargados con la familia extensa, pues ninguno de los padres podía atenderlos como acostumbraban. Y por su parte el pequeño Braulio, que debía adaptarse a convivir con sus papás sólo en los horarios de visita, a convivir con médicos, enfermeras y psicólogas con buenas intenciones pero que en momentos hacían cosas desagradables como hablar mucho o incluso mentir. Además para él también era necesario adaptarse a convivir con otros niños de la sala, integrarse a las actividades propuestas en el hospital y aprender a negociar para ver la televisión, poner una película ó algún juego.

Luego entonces, la entrevista fue útil para tener un punto de referencia de la forma en cómo estaba impactando esta situación al ambiente familiar, a partir de esto observar el estilo de afrontamiento que hasta ese momento estaban usando y obtener información de la comunicación intrafamiliar que vivían. Finalmente, subrayo que fue útil porque en ella establecimos el objetivo de las sesiones, con lo que dimos dirección y sentido al trabajo terapéutico (ver anexo 2).

En síntesis, lo que obtuve de la entrevista inicial fue:

- Ψ Datos en general de la familia
- Ψ Referencias terapéuticas anteriores
- Ψ Historia de enfermedades anteriores y tratamiento
- Ψ Actividades que realizaban antes de la enfermedad
- Ψ Cambios en sus actividades cotidianas
- Ψ El estilo de afrontamiento que estaban teniendo
- Ψ Expectativas del futuro
- Ψ Meta a alcanzar al asistir al servicio

➤ **GENOGRAMA DE LA FAMILIA:**

Al hacer el trazado de la estructura, el registro de la información y la representación de las relaciones en la familia del momento presente, pude observar gráficamente la forma en que se habían estado ubicando los miembros en el sistema. Así obtuve información acerca del estilo de afrontamiento que hasta ese momento estaban usando y la forma en que se estaban comunicando en el interior de la familia (ver anexo 3).

Particularmente me llamaron la atención los siguientes datos:

- Ψ Los padres de familia son jóvenes
- Ψ El niño enfermo es el miembro más pequeño de la familia
- Ψ La relación existente en la familia había sido muy buena
- Ψ Viven en casa de los papás de la señora

➤ **REDES SEMÁNTICAS:**

El presentar las palabras clave: Dios, amor, enfermedad, leucemia, morir, viviendo, familia, infancia y luchar, tuvo como fin inducir al auto conocimiento y se dio una connotación de mayor dominio ó poder sobre la situación, fue como una preparación para dar el mensaje a la familia de que ellos podrían dirigir su actitud ante las situaciones que estaban viviendo.

Entonces, una vez jerarquizadas las palabras resultantes de la palabra clave, se

buscó una frase relevante para la familia y que se podía utilizar en la metáfora. Particularmente fueron útiles los siguientes datos (ver anexo 8):

- Ψ La palabra Dios, tenía una implicación de bondad.
- Ψ La palabra Amor, tenía significado de dar a los otros.
- Ψ La palabra enfermedad, tenía implicaciones de sufrimiento y disgusto.
- Ψ La palabra Leucemia, significaba no saber, pero poder.
- Ψ La palabra Morir, significaba no poder hacer nada y desesperación, pero también había asimilación.
- Ψ La palabra Viviendo, implicaba aprender a vivir así.
- Ψ La palabra Familia, significaba ver que estuvieran bien.
- Ψ La palabra Infancia, significaba hijos.

Cabe señalar que dichos datos fueron incluidos en forma indirecta utilizando las metáforas de manera Ericksoniana (sesiones 6, 7 y 8).

➤ ENTREVISTAS PARA LA TERAPEUTA:

En éstas entrevistas estuve registrando mi experiencia personal en diferentes momentos, me refiero a mis emociones, mis ideas, mis preguntas, mis recuerdos y en general mi persona, pues me di cuenta de que durante cada sesión me sentía conectada con alguna situación en particular y descubrí que al trabajarla en mí podía irradiar fluidamente los mensajes que quería comunicar durante el encuentro con la familia.

A continuación presento el nombre de la entrevista, el beneficio que obtuve de ella y el número de anexo en que se le puede encontrar.

ENTREVISTA	BENEFICIO OBTENIDO	ANEXO
Entrevista inicial para el terapeuta 1.	Reconocer mis propias emociones respecto a la situación para lograr mayor objetividad respecto a los propósitos de la familia.	4
Entrevista inicial para el terapeuta 2.	Identificar los recursos que a través de mis percepciones había identificado en la familia, encontrando así formas ó caminos que nos guiaran a desarrollar las habilidades que nos enriquecerían como personas y como equipo de trabajo hacia el objetivo inicial.	5
Entrevista para el	Revisar personalmente el grado de avance y la	6

terapeuta de las percepciones que siente con la familia.	dirección que hasta ese momento habíamos estado llevando e identificar recursos para continuar avanzando.	
Entrevista para el terapeuta por sesión.	Ubicar el momento en el que nos encontrábamos en el proceso respecto al objetivo inicial y mirar alternativas para llegar a él.	7

Así como en algunas entrevistas agregué una nota aclaratoria al final, también hice notas similares cada vez que lo consideré oportuno. Finalmente, hago énfasis en que al trabajar yo mis propias emociones, percibí en la familia un manejo de las suyas mucho más auténtico y saludable que antes. Dicha información es un dato que no había considerado al inicio.

6.2 LA UTILIZACIÓN DE LAS METÁFORAS ERICKSONIANAS COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Utilicé las metáforas como Milton H. Erickson propuso para sentirme más cerca de la familia, para acompañarles en su vivencia, en su estilo, en su ritmo, con respeto, sintiéndome conectada con cada miembro, sintiéndome libre y auténtica. Pude observar cómo cada historia narrada fue recibida dependiendo de la historia personal y de las situaciones que se estaban viviendo al escucharlas, y por otro lado también noté cómo los descubrimientos obtenidos a partir de ellas, alteraron la percepción de quien escuchó y de su sistema con lo que se resignificó la situación y con ello la actitud personal para afrontarla.

Las metáforas narradas, como menciono antes, se eligieron de acuerdo a la información obtenida durante cada sesión, especialmente con los datos arrojados por las redes semánticas y los objetivos planteados fueron los siguientes:

METÁFORA	OBJETIVO	SESIÓN
El proceso de la mariposa.	Manifiestar que se acompañaba a la familia. Y asociar la situación con un proceso de transformación y crecimiento que ya había iniciado.	Sesión 1
Mi experiencia escolar.	Dar el mensaje de que en cada momento de la vida las personas nos enfrentamos a cosas para las que de alguna manera descubrimos que ya estábamos preparadas.	Sesión 2
Recuerda lo importante.	Orientar el pensamiento de la familia hacia lo que es importante para ellos, a pesar de las circunstancias que vivían en ese momento.	Sesión 2
La esencia del ser humano.	Propiciar el descubrimiento de los propios recursos internos de la señora, para que se sintiera fortalecida y segura como decía que requería sentirse en esos momentos.	Sesión 3
Nuestra protección saludable.	Propiciar la sensación de confianza en sí mismos para las decisiones que estaban tomando. Y crearse más seguridad utilizando dicha protección saludable.	Sesión 4
La historia de mi maestro.	Orientar el pensamiento de la familia a cuestionar lo que regularmente se da por hecho en el hospital.	Sesión 6
Algo sobre Víctor Frankl.	Orientar el pensamiento a valorar la elección personal respecto a varias cosas, principalmente la actitud de afrontamiento.	Sesión 6
Los expertos.	Propiciar al cuestionamiento de los pronósticos dados por el equipo de salud y por otras familias, respecto al progreso de la enfermedad.	Sesión 6
La historia de dos hermanos.	Disociar a los miembros de la situación que vivían en ese momento para elegir el estilo de afrontamiento que querían utilizar y mirar las posibles consecuencias.	Sesión 7
Manada de changuitos	Motivar a la familia a ser persistentes y constantes en su comunicación intrafamiliar.	Sesión 8
La evidencia de mi sabiduría inconsciente	Inducir a mirarse en un momento diferente al inicial, en donde los aprendizajes obtenidos con las sesiones permanecerán y continuarán influyendo en su salud emocional.	Sesión 8

Después de haberse narrado las historias se pudieron observar los siguientes resultados, descritos a un costado del número aproximado de la sesión en que se identificaron:

METÁFORA	OBSERVACIONES	SESIÓN
El proceso de la mariposa.	La señora mostraba más confianza al describir lo que estaba viviendo. Yo percibí que se sentía acompañada.	Sesión 2
Mi experiencia escolar.	La familia empezó a reorganizar sus actividades, adaptándose a las nuevas condiciones de vida y mirando lo que sí tenían.	Sesión 3 y Sesión 4
Recuerda lo importante.	La comunicación familiar, especialmente madre e hijo fue más amorosa.	Sesión 5
La esencia del ser humano.	La señora empezó a hablar con más seguridad con los doctores, a preguntar cuando no entendía algo y a tomar decisiones importantes, respecto a la salud de su hijo.	Sesión 7
Nuestra protección saludable.	La señora aprendió a elegir cómo recibía los comentarios que le hacían tanto en su familia como en el hospital.	Sesión 6
La historia de mi maestro.	La señora aprendió a cuestionar lo que escuchaba, tanto los comentarios agradables como los desesperanzadores.	Sesión 7
Algo sobre Víctor Frankl.	La familia aprendió a vivir diferentes sucesos, que antes eran circunstanciales, utilizando su elección personal.	Sesión 6
Los expertos.	La familia aprendió a poner en tela de juicio lo que les decían los demás, para encontrar su opinión y elección propia.	Sesión 8
La historia de dos hermanos.	La señora aprendió a mirarse fuera de la situación y a elegir su actitud personal respecto a la relación que quería con su familia.	Primer llamada de seguimiento
Manada de changuitos	La señora aprendió que tomando la iniciativa y siendo constante, podía crear en su familia la relación que quería.	Primer llamada de seguimiento
La evidencia de mi sabiduría inconsciente	La familia supo que pasara lo que pasara, cada quien había hecho lo mejor que había podido, pues su sabiduría inconsciente les había guiado.	Segunda llamada de seguimiento

6.3 REGISTROS OBSERVACIONALES DE LAS SESIONES

La distribución de la información en la descripción de cada sesión ha sido retomada de los registros personales, es decir, de la entrevista para la terapeuta por sesión (anexo 7), el orden de dicha descripción es el siguiente:

I. Número de sesión

- A) **Descripción:** En este inciso describo con viñetas los puntos más relevantes de cada sesión y subrayo la información registrada como útil para trabajar en esa sesión a través de las metáforas. El lector encontrará en cursivas los datos que se retomarán para *el análisis de resultados*. Y finalmente, aclaro que se encuentra subrayada y en cursivas la información que retomo para el análisis de resultados de la registrada para trabajar con metáforas.
- B) **Metáfora:** En este inciso, describo las metáforas utilizadas durante cada sesión, siendo lo más fiel posible a dicha narración.
- C) **Percepción de la terapeuta:** En este inciso informo el sentido que le di como terapeuta a la información obtenida de la familia para la creación o selección de las metáforas. Finalmente menciono brevemente mi experiencia con la familia.

I. PRIMERA SESIÓN:

Durante esta sesión tuvimos el primer contacto más cercano, después del consentimiento informado, la señora Eliza Ortiz Velasco y yo. Tocamos los temas de la entrevista inicial y el genograma familiar.

A) Descripción:

- ☉ Comentamos sobre el desarrollo que ha tenido su hijo Braulio de 3 años de edad desde su nacimiento hasta la edad actual. Ella dice que su hijo ha sido un niño muy sano, aprendió a caminar y a hablar en tiempo normal y siempre ha tenido mucha energía y ha sido muy inquieto e inteligente, comenta que a ellos les sorprende que de todo se da cuenta, *que sea tan observador y tan abierto para expresarse, incluso más que ellos como padres.*
- ☉ Hablamos de las relaciones que tienen actualmente en su familia (genograma). Al parecer al reorganizarse para las actividades del día, están más distanciados que nunca y eso es algo que no le gusta a la señora, le da miedo y le angustia mucho, pues no cree que tengan estabilidad, como antes de la enfermedad de su hijo, en su familia.
- ☉ *Comenta que generalmente se traga todo lo que piensa y lo que siente, pero cree que eso ahora le podría afectar a su familia.*
- ☉ Al hablar sobre los objetivos que tendremos al reunirnos una vez a la semana como lo decimos en el convenio que firmamos, la señora Eliza comentó su preocupación por tener orientación, pues tiene miedo de no entender bien las indicaciones que se le den, y por otro lado ella quiere aprender a tratar a Braulio pues sabe que él es un niño muy inteligente y que de todo se da cuenta.
- ☉ Al hablar de su hijo y de lo que los médicos le han dicho hasta ahora, ella comentó y expresó fluidamente su preocupación y angustia. Dijo muy emotivamente que ella no entiende porqué les está pasando esto si ellos eran personas buenas que no se metían con nadie, dice que sólo le dice a Dios que no los abandone.
- ☉ Finalmente, le comenté que en el proceso que estamos iniciando, podríamos mirar que se le permitirá aprender y crecer más como mujer y madre para todos sus hijos y para toda su familia. Le dije que en momentos

parecería que estaba todo oscuro, pero que estamos iniciando un camino en el que en algún momento miraríamos una luz cada vez más clara... (en éste momento se le narro la metáfora del proceso de la mariposa y éste punto se retoma en la sesión octava).

B) Metáfora:

“EL PROCESO DE LA MARIPOSA”¹

Busco imaginarme como será saber que estoy dentro de un proceso que no puedo controlar, creo que me sentiría llena de miedo y angustia, creo que lo podría relacionar con el proceso de transformación que viven las mariposas, me imagino que en momentos sentiría angustia por lo que pasará con lo que está fuera de mí, y en otros sería vivir entregada al miedo a lo que está cambiando. Vivir la adaptación a una vida diferente a la que conocía, así me imagino la transformación que vive una oruguita, especialmente cuando llega el momento de estar dentro de un capullo, me lo imagino tan oscuro, sin embargo tal vez le sirva sólo entregarse a la experiencia en ausencia de juicio (¿es bueno ó malo?).

Aunque, tal vez en el momento que llego a mirar o a sospechar que estoy por encontrar esa lucecita que me hará saber que todo lo que he recorrido me ha llevado a ser una bella mariposa, que ahora puede viajar y experimentar en niveles diferentes a los que había conocido antes, tal vez cuando lo sienta así, sabré que en todo lo que he vivido he sido realmente acompañada en un nivel mas especial de lo que podía imaginar.

C) Percepción de la terapeuta:

El sentido que di a la información que recibí durante esta primer sesión fue principalmente conectándome con lo que esta familia estaba viviendo en ese momento. Durante la sesión percibí por un lado, que la señora deseaba regresar el tiempo a cuando no había enfermedad en sus vidas y por otra parte sentí que temía enfrentarse con sus propios sentimientos. Al interpretar así la información de la sesión hice un registro de mis propias percepciones, interpretaciones y emociones (ver anexo 4).

Por otro lado también percibí que en alguna medida se estaba preocupando por lo que yo pudiera pensar de ella. Cuando percibí esto, quise ocuparme de comunicarle que la estaba acompañando no juzgando, pues eso era verdad y creí necesario comunicárselo desde el principio. Fue así como me pareció oportuno transmitirle lo que yo había recibido de información durante la sesión, en primera persona y predisponiéndonos a encontrar formas de

¹ Inspirada en Kübler (1993).

salir adelante.

Finalmente cabe mencionar que en esta primer sesión, platicué con Braulio para comentarle que su mamá y yo platicaríamos en algunas ocasiones, el niño dijo que le parecía bien. Hasta éste momento *él estaba tranquilo, con disposición de platicar y jugar*, de hecho nosotras nos salimos en la hora en que no permiten a los padres permanecer en la sala y el niño se quedó tranquilo, pues le explicamos que en dos horas subiría nuevamente su mamá.

La señora y yo nos vimos en uno de los consultorios designados a trabajar con las familias y/o con los niños del área de pediatría, noté que mientras platicábamos estuvimos escuchando constantemente el llanto, los gritos y el ruido en general de los consultorios vecinos, lo que nos hizo sentir muy incómodas, por ésta razón a partir de la siguiente sesión nos vimos en un área verde que está entre un costado del auditorio y el edificio de pediatría.

II. SEGUNDA SESIÓN:

A partir de ésta sesión las reuniones fueron en la parte posterior al auditorio del hospital, a un costado del edificio de pediatría, nos sentábamos mirando al pasto y en un lugar donde había poco ruido. Durante esta sesión abordamos los siguientes temas:

A) Descripción:

- ⑤ Hablamos sobre la incertidumbre que sentía por no saber a ciencia cierta qué es lo que tenía su hijo. *La señora Eliza dijo que su niño todavía no tenía un diagnóstico y entonces su esposo y ella no saben cómo lo van a atender si no saben qué tiene.* Por otro lado, *el niño les pregunta que cuándo se va a ir a su casa y ella no sabe que contestarle, siente mucha tristeza y sólo le dice que pronto, que por eso debe comer bien y hacerle caso a los doctores.*
- ⑤ Comentó que ella supone que es algo muy malo, pues otras señoras de la misma sala, le han comentado los diagnósticos de sus hijos y aunque siente mucho miedo sólo de pensarlo, supone que el de su hijo será algo parecido. Le hablan de que sus hijos, la mayoría, tienen leucemia linfoblástica y le han platicado de las recaídas que han tenido, el cambio tan radical en sus vidas y las constantes preocupaciones con las que viven, en el aspecto familiar y económico principalmente.
- ⑤ Comentamos sobre lo que ella piensa y siente con esas ideas. Dice que lo que sabe le asusta mucho, pero lo que no sabe le asusta más. No sabe si es bueno no tener diagnóstico, porque *los doctores le dicen que todavía no tienen uno, pero que su hijo está bien, entonces ella no entiende si eso es bueno, porque por otro lado le siguen inyectando cosas y ella no sabe para que sirve, pues siente que están lastimando a su niño y ella piensa que entonces eso es algo malo.*
- ⑤ Le compartí mi experiencia escolar (narradas en el inciso B).
- ⑤ Finalmente le pregunté sobre la utilidad que encontraba de que le platicara sobre mi experiencia escolar y ella comentó que pensó en las experiencias que le están compartiendo otras señoras y en las suyas propias y concluye que si ellas pueden vivir así, (“como usted dice, adaptándose”), ella también lograría adaptarse al cambio, porque lo más importante es su niño. Aquí le dije la historia de recuerda lo importante (narrada en el inciso B).
- ⑤ Terminamos hablando sobre los cuidados específicos que le estaban pidiendo los médicos que tuviera con su hijo y la forma en que los podría llevar a cabo.

B) Metáforas:

“MI EXPERIENCIA ESCOLAR”²

Recuerdo que cuando yo iba al preescolar había tantas cosas que me gustaban, a mí me encantaba jugar con unas compañeritas que eran gemelas, sin embargo me preocupaba que mi mamá no regresara por mí en la hora de la salida. Me gustaba meterme a la alberca de mi kinder, pero me daba miedo ahogarme y que nadie se diera cuenta... Cuando pasé a la primaria me encantaba saber que ya era una niña más grande, que estaba aprendiendo cosas más difíciles y que estaba conociendo a personas nuevas, ahora ya no me preocupaba que mi mamá no regresara por mí, me preocupaba no entender lo que me explicara la maestra, no hacer bien mis trabajos o incluso no tener amigas... Cuando entré a la secundaria ya nada de eso me asustaba, ahora me preocupaba tener amigos, conocer la música que estaba más de moda, conocer los temas de los que hablaban, ahora me preocupaba decidir lo que haría en un futuro cercano, si me casaría, si me iría a otro país, si estudiaría, etc., eso sí me quitaba el sueño, especialmente cuando pensé en la posibilidad de irme de monja “¡que incertidumbre!”.

Ahora creo que gran parte de mis miedos en los diferentes momentos de mi vida que le estoy compartiendo, eran porque no era consciente de varias cosas que ahora son claras para mí. En primera que nunca estuve sola, me preocupaba lo que fuera, estuve siempre acompañada, creo que tuve la fortuna de sentir conmigo a diferentes personas que la vida o tal vez Dios puso en mi camino, mi mamá, mi papá, mis profesores, mis amigos, mis tíos, etc., en el momento adecuado aparecía la persona indicada. Hoy creo que tampoco era consciente en ese momento de que dentro de mí tenía lo que requería para salir adelante, es decir, tenía la edad y el desarrollo necesarios para enfrentarme a esos diferentes crecimientos, “¡aunque yo no me había dado cuenta!”. Ahora creo que lo extraño sería que una niña o niño no sintiera algo como lo que yo sentía, pues es lo más natural, los seres humanos nos vamos adaptando, como dijo Darwin, un hombre que se dedicó a investigar sobre la naturaleza de los seres vivos.

² Inspirada en Erickson (1962).

“RECUERDA LO IMPORTANTE”³

Cuenta la leyenda que una mujer pobre y desesperada, con su niño en los brazos, pasaba delante de una misteriosa caverna, se preguntaba cómo le haría para alimentar a su niño y para sacarlo adelante, no encontraba ningún camino. De repente escuchó una voz que desde adentro le decía:

"Entra y toma todo lo que desees tienes ocho minutos, pero recuerda lo importante, lleva siempre contigo lo principal porque si lo olvidas de igual manera, después que salgas, la puerta se cerrará para siempre. Por lo tanto, aprovecha la oportunidad, recuérdate de lo importante."

La mujer entró en la caverna y encontró mucha riqueza. Fascinada por el oro y por las joyas, puso al niño en el piso y empezó a juntar, ansiosamente, todo lo que podía en su delantal.

La voz misteriosa habló nuevamente: "Recuerda que tienes solo ocho minutos". Cuando estaba terminando el último minuto se empezó a escuchar una cuenta regresiva desde el segundo 60. Pero la mujer estaba tan distraída que sólo escucho desde el 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4 y en ese momento recordó lo importante...

Aunque no se sabe a ciencia cierta si alcanzó a salir con su niño, es seguro que la puerta se cerró para siempre.

C) Percepción de la terapeuta:

En ésta sesión sentí que la señora Eliza estaba muy distraída al principio, como que estaba pero no estaba, entonces dispuse un poco de tiempo para conseguir la conexión de ambas. Noté mucho miedo y predisposición al sufrimiento, si lo tuviera que explicar hablaría del patrón de pensamiento que percibí en las personas más apegadas al hospital, tanto por parte del equipo de salud, pues sabemos que el estado de los niños es inestable, como por las familias que ya tienen tiempo asistiendo al hospital y han vivido o han visto experiencias desagradables. Requerí de hacerme una revisión como persona (ver anexo 5).

Interpreté que la familia se podría predisponer para vivir su experiencia con sufrimiento e impotencia, al percibir esta información consideré oportuno normalizar la situación y orientar la conversación a encontrar recursos internos de lo que sí quería y podía generar la señora Eliza en su familia.

A manera de observación, cabe decir que la señora pone su mano en la boca cuando habla, esto me llama la atención porque percibo en ella una actitud

³ Inspirada en Aguirre & Álvarez (2007).

muy temerosa e insegura. Por su parte el señor se agacha cuando algún trabajador de la salud se dirige a él, por lo que también percibo una actitud de inseguridad en él.

Finalmente, cabe decir que *Braulio* me estaba platicando de los piquetes que le habían puesto y cómo se los habían puesto, de lo que había comido y de los juguetes que le habían llevado, *estaba jugando y también viendo la televisión, sin embargo se mostró inquieto cuando miró a una enfermera, le dijo que no quería que su mamá se fuera y lloró cuando le pidieron a la señora que saliera. Me llamó la atención que en ésta ocasión lloraban ambos, el niño en su cama y la señora en el pasillo y evitaba que Braulio se diera cuenta.*

III. TERCERA SESIÓN:

Durante ésta sesión, la señora Eliza llegó puntual y abordamos los siguientes temas:

A) Descripción:

- ⑤ Hablamos de su desesperación pues en ésta semana su hijo estuvo muy adolorido. Lleva 6 aspirados de médula y comenta que no le han dado un diagnóstico preciso. Esto la hace sentir muy inestable, con miedo, angustiada e incluso molesta. Además el niño les sigue preguntando a sus papás con más frecuencia, que cuándo se van a ir a su casa.

- ⑤ Comenta su duda de sacarlo y llevarlo a otro hospital como le sugiere su familia, ó dejarlo ahí para no perder tiempo, como lo cree ella. Por un lado dice que ahí (en el hospital) tienen todos los estudios que le han hecho y se supone que saben cómo atenderlo, sin embargo, le desespera que no tengan todavía conocimiento de lo que tiene su niño (un diagnóstico). Incluso empieza a imaginar si pudiera tener algo todavía más grave de lo que tienen los otros niños de la sala donde está internado. Por otra parte, hablamos de lo que se imagina que pasaría si saca a Braulio del hospital, a dónde acudiría y los posibles costos que esto tendría.

- ⑤ Yo le dije que está en *plena libertad de tomar la decisión* que considere prudente, también le comenté que en ocasiones hay que hacer varios análisis antes de dar un diagnóstico, pues de ésta manera se puede saber qué tratamiento dar a los niños, le comenté que desde donde yo lo veo, el que le estén haciendo ésos estudios habla de que están atendándolo.

- ⑤ Le comenté que tomara la decisión que prefiriera *después de hablar con la doctora tratante y que le expresara sus dudas y emociones*, le comenté que he escuchado algunos comentarios sobre ella y que yo creía que la escucharía. En ésta ocasión nos dimos un tiempo para ensayar la forma en que se acercaría a la doctora y lo que le diría.

- ⑤ Finalmente, le sugerí que hiciera caso de sus emociones y que revisara bien si el paso que planeaba dar la llevaría por el camino al que quería llegar. Le platicué de “la esencia del ser humano” (narración en el inciso B).

B) Metáfora:

“LA ESENCIA DEL SER HUMANO”⁴

A mí me ha sorprendido darme cuenta de la riqueza y la sabiduría que tenemos en nuestro interior, yo creo que es la esencia del ser humano, pero creo que no todos logramos contactar con esa parte de nosotros. ¿Usted había sentido en su interior esa parte tan especial?... (Ella dice que sí).

En las siguientes sesiones vamos a hablar de algunas personas que han estado muy en contacto con su esencia, incluso vamos a platicar de la forma en que lo lograron, por ahora solo le voy a adelantar que estuvieron en una situación de mucho dolor y angustia, pero cuando se reencontraron con su propia fuerza se volvieron inmortales y nos han heredado el conocimiento de que es posible salir adelante, seguramente usted ha sabido de casos así.

Bueno, por ahora le quiero compartir que yo me imagino que esa esencia nuestra solo conoce la paz y el amor, cuando respiro, me imagino que estoy entrando en contacto con ella, a veces puedo imaginar su tono de voz o su figura, yo me la imagino como una luz en el camino y siento que a veces me da consejos que son muy oportunos, entonces con cada respiración puedo escuchar atentamente lo que me dice. ¿Usted qué nombre le quiere poner a su esencia? ... (Ella dice que Sabiduría).

Y ¿qué cree que ganaría si estuviera más en contacto con ella? (Ella dice que se sentiría más segura).

A partir de ahora, ¿de qué manera sentirá que está haciendo contacto con ella? (Dice que cuando da respiraciones profundas siempre se calma).

¿Imagina su sabiduría de alguna forma en especial? (Dice que no)

¿Está bien así? (Si)

¿Cómo es para usted saber que a partir de ahora esta mucho mas conectada con su propia sabiduría y que cuando lo requiera, solo con dar una respiración profunda escuchara su consejo? (Mejor).

C) Percepción de la terapeuta:

En ésta sesión percibí angustia por tomar una decisión en la que por un lado ponía sus miedos en voz de su familia, deseando sacar a su niño del hospital para sentir que no perdía tiempo y que estaba haciendo caso a lo que le decían y por otro lado percibí disposición para hacerse caso atendiendo,

⁴ Inspirada en Robles (2005).

reflexionando e incluso imaginando las consecuencias de lo que eligiera.

Por otra parte, noté inseguridad de cómo afrontarían las posibles complicaciones. La percibí como a una niña grande con tres hijos, por esto nos dimos tiempo de jugar un poco para ensayar la forma en que podía acercarse a enfermeras y doctores.

Cabe decir que utilizando la información que recibí durante la sesión, asociándola a las sesiones anteriores, me pareció pertinente hablar de la esencia que tenemos los humanos a la que yo concibo como poderosa, capaz, sabia, pertinente, astuta, amorosa y saludablemente protectora. Señalo que, aunque en esta sesión no hay un cuestionario específico, yo llevaba mis registros de mis propias emociones y de las ideas que compartía con la familia, analizando mis propias vivencias, llegando a posibles alternativas para mí.

Por otro lado, *Braulio dejó de jugar, ya no saludaba ni platicaba como al principio, ahora sólo pedía estar con su mamá.* Lloraba mucho y me costó trabajo que respondiera a mis señales, cuando lo hizo, me platicó de un niño que estaba a un lado de él y que ya no estaba, percibí que su miedo era que ese niño se hubiera muerto, le pregunté a una enfermera y me comentó que lo habían cambiado de área, finalmente le platicamos que a veces se cambia de área a los niños pero que se les sigue cuidando y que sus papás siempre saben a dónde los llevan.

Finalmente, a manera de observación, quiero decir que los señores le pusieron al niño una cruz en su cuellito y Braulio dice que es para que lo cuide diosito, por otro lado me ha llamado la atención que en repetidas ocasiones Braulio se ha aguantado para hacer del baño pues no sabe si los doctores le van a pedir su orina para mandar a hacer estudios, entonces, según me dijo, sus papás le habían pedido que no hiciera del baño hasta que los médicos le dijeran. Al mirar la urgencia del niño, le dije que les preguntara a las enfermeras o que pidiera el pato, que hiciera del baño y que les pidiera a las enfermeras que no tiraran nada hasta que los doctores dijeran.

IV. CUARTA SESIÓN:

Para ésta sesión ya le habían dado un diagnóstico y los temas que abordamos fueron los siguientes:

A) Descripción:

- ☉ Comentó que se dirigió a la doctora tratante como lo ensayamos la sesión anterior y ahora la doctora buscó su expediente y habló con otros médicos, una vez hecho esto se acercó a ella para darle el diagnóstico.
- ☉ Dijo que le dieron el diagnóstico de que su hijo tiene leucemia y comentó que por un lado se sentía bien de saber por fin qué tenía y por otro lado sentía mucho miedo, por una parte porque no entendía bien en qué consiste ésa enfermedad y por otro lado porque ella sabía que es algo muy feo. Me comparte de manera fluida (llanto) sus sentimientos.
- ☉ Hablamos de “nuestra protección saludable” (narrada en el inciso B).
- ☉ Platicamos en general de la sintomatología, los cuidados y en general de lo que es la Leucemia. Comentamos la importancia de respetar las indicaciones de los médicos.
- ☉ Me dijo que ella se sentía muy preocupada pero como con fuerzas, sin embargo sentía a su esposo muy mal, distante y sin hablar. Le dije que era posible que ella expresara sus sentimientos con su familia, su esposo y sus otros hijos, comenté que aunque hay ocasiones en que parecía preferible guardar sus propias emociones y evitar hablar del tema, de acuerdo a algunas investigaciones hechas al respecto, funciona más, expresar lo que sentimos.
- ☉ Al respecto, le comenté también que era probable que escuchara comentarios de la misma familia o de otras personas ajenas, que insinuarían que los padres son los culpables, y que era muy natural que en algún momento ella y su esposo lo hubieran sentido así, le pregunté su opinión, ella comentó que un día antes su suegra insinuó que si vivieran con ella, nada de esto estaría pasando, pues ella tiene mucha experiencia de cómo se debe de cuidar a los niños. Cuando le pregunté qué pensaba de eso, lo puso en tela de juicio y explicó que culpar o culparse no ayudaría ni a su hijo Braulio ni al resto de su familia.

- ⑤ Finalmente comentamos que la próxima sesión hablaríamos de lo que para ella significaban algunas palabras y que la finalidad de encontrar esos significados era que se conociera más a ella misma, pues seguramente se sorprendería del tono de voz y la frecuencia con la que su sabiduría se manifiesta consciente e inconscientemente (esto lo describo en el inciso A de la siguiente sesión).

B) Metáfora:

“NUESTRA PROTECCIÓN SALUDABLE”⁵

Mientras la escucho, estoy sintiendo una serie de sensaciones, por un lado unas son de molestia y por otro lado otras son de dolor. Y mientras las estoy viviendo, puedo recordar lo que platicábamos la sesión anterior respecto a nuestra esencia, durante éstos días he recordado nuestra platica y he sentido esa luz (en éste momento dice espontáneamente “yo también me he acordado”) y continúo, bueno, ¿recuerda que yo veía una luz?, pues ahora la sentí a través de un calorcito agradable en algunas partes de mi cuerpo, entonces recuerdo lo de las respiraciones profundas que decía usted y siento que me lleno de mi esencia, nutritivamente. Usted ¿qué recordó? (“en la noche me estaba costando trabajo dormir, al acostarme di respiraciones profundas y miré a una mujer muy alta”).

Pues mientras yo he sentido ese calorcito rico, he pensado en que tal vez ha estado ahí desde toda mi vida y yo ni enterada, también he pensado en que tal vez esa parte de mí me protege y yo tampoco me había dado cuenta. Recordé que una vez me compartió una señora con la que estaba trabajando que se iba a subir a una micro, pero que en eso “algo” le dijo que no, entonces se disculpó con el chofer y se fue caminando, al llegar a la escuela de su hijo, una vecina le platicó que habían chocado en la esquina de las avenidas donde ella se iba a subir, esto me lo comentó cuando yo le estaba diciendo lo de la protección. Usted ¿ha vivido algo parecido? ó ¿se ha dado cuenta de cuándo ha vivido algo parecido? (ella dice que Si y comenta algunas).

Bueno, pues yo creo que esa protección también ha de tener forma, yo me la imagino como una burbuja gruesa, muy especial, que me envuelve completita y creo que sirve para que nada malo entre a mí, solo aquello que sea verdaderamente importante, saludable y nutritivo. Usted ¿Cómo se imagina la suya?. (ella dice que Igual).

Pues yo digo que esa protección ha estado, está y continuará estando ahí renovando saludablemente nuestra energía, puede ser que nos demos

⁵ Inspirada en Robles (2005).

cuenta o puede ser que no lo hagamos, pero esa protección es automática y seguramente está en sintonía con nuestra respiración reacomodando, reconstruyendo o tal vez fortaleciendo aquello que requerimos, prudencia, firmeza, perseverancia... ¿Qué más se le ocurre? (esperanza... seguridad)

C) Percepción de la terapeuta:

En ésta sesión a través de lo que platicué con la señora sentí nuevamente esa dualidad en las emociones de la familia, pues, al ya tener el diagnóstico era pertinente pasar al siguiente punto lo que implicaba dejar de negar la enfermedad del niño y establecer nuevas formas de convivencia familiares.

Sentí que gran parte de las emociones de ésta familia en éste momento era de sentirse solos, desprotegidos, vulnerables, etc. Me pareció prudente asociar lo que habíamos dicho respecto a esa esencia del ser humano, con ésta protección que saludablemente nos protege, a todos y a nosotras también pues estamos acompañándonos en éste momento de nuestra vida en ésta situación en particular, aunque cada una lleva consigo su experiencia propia y por tanto su propia protección y esencia.

Por otro lado, me pareció oportuno “vacunar” a la familia de posibles comentarios y sensaciones personales, que pudieran hacerles creer que eran la única realidad posible. También me pareció prudente predisponer a la señora respecto a la siguiente sesión.

Finalmente, cabe decir que *Braulio quería que su mamá le diera de comer en la boca, algo que no había hecho ni en casa ni en el hospital según comentaba la señora.* En la semana le regalaron un pizarroncito mágico y estuvimos jugando con él, a Braulio le daba mucha risa que le dibujara su pie, él enseguida lo quitaba, veía el dibujo y se reía. El me enseñó las fotos de sus hermanitos y un video que le hicieron y que tenía en el teléfono su mamá. Finalmente estuvimos jugando, viendo la tele y platicando un poco de los temas que a él le inquietaban como cuándo vería a sus hermanitos, si le pondrían más piquetes y cuándo se iría a casa. Quiero comentar que estos momentos produjeron en mí sensaciones especiales y me llevaron a preguntarme varias cosas, lo que expresaba en mis registros personales.

V. QUINTA SESIÓN:

Durante ésta sesión se hizo el proceso de las redes semánticas, detallado a continuación:

A) Descripción:

- ☉ Le comenté que en ésta ocasión platicaríamos sobre lo que significaban para ella algunas palabras, le explique que en psicología eso se utiliza para dar un mejor servicio a las personas, y que a la gente que lo hace le permite conocerse más a sí misma.

Presenté las palabras clave: Dios, amor, enfermedad, leucemia, morir, viviendo, familia, infancia y luchar (ver anexo 8). Posteriormente invité a definir las con la mayor precisión posible con un mínimo de cinco palabras sueltas. Una vez escritas solicité la jerarquización del total de palabras dadas como definidoras en función de la relación, importancia o cercanía considerada a partir de dicha palabra, para lo que invité a la asignaron del número 1 a la palabra más cercana a la palabra estímulo, el 2 a la que sigue en importancia y así sucesivamente hasta jerarquizar el total de palabras definidoras.

La primera palabra clave fue Dios, las palabras definidoras, en el orden que fueron escritas son: es bueno, es lindo, nos cuida, es parejo, es milagroso, no es malo, es divino. De acuerdo a la jerarquización en función de la relación el orden es el siguiente: nos cuida, es bueno, es milagroso, no es malo, es divino, es lindo, es parejo.

La segunda palabra clave fue Amor, las palabras definidoras, en el orden que fueron escritas son: ternura, paciencia, comprensión, apoyo, escuchar, abrazar, contar con alguien. De acuerdo a la jerarquización en función de la relación el orden es el siguiente: apoyo, paciencia, comprensión, ternura, escuchar, abrazar, contar con alguien.

La tercera palabra clave fue Enfermedad, las palabras definidoras, en el orden que fueron escritas son: tristeza, coraje, desesperación, no poder hacer nada, llorar, porqué, no poder entenderlo. De acuerdo a la jerarquización en función de la relación el orden es el siguiente: no poder hacer nada, tristeza, coraje, desesperación, llorar, no poder entenderlo, porque.

La cuarta palabra clave fue Leucemia, las palabras definidoras, en el orden que fueron escritas son: miedo, no saber, poder entenderlo, luchar, esperanza, paciencia, amor. De acuerdo a la jerarquización en función de la relación el orden es el siguiente: luchar, miedo, no saber, esperanza, poder entenderlo, amor, paciencia.

La quinta palabra clave fue Morir, las palabras definidoras, en el orden que fueron escritas son: coraje, dolor, desesperación, asimilarlo, porqué, no poder hacer nada, preocupación. De acuerdo a la jerarquización en función de la relación el orden es el siguiente: preocupación, desesperación, dolor, coraje, porqué, asimilarlo, no poder hacer nada.

La sexta palabra clave fue Viviendo, las palabras definidoras, en el orden que fueron escritas son: esperanza, luchar, salir adelante, tranquilizarme, aprender a vivir así, ver un nuevo día, ver por los demás. De acuerdo a la jerarquización en función de la relación el orden es el siguiente: esperanza, luchar, salir adelante, tranquilizarme, aprender a vivir así, ver un nuevo día, ver por los demás.

La séptima palabra clave fue Familia, las palabras definidoras, en el orden que fueron escritas son: ver por ellos, que estén bien, platicar, escuchar, reír, estar juntos, que estén bien. De acuerdo a la jerarquización en función de la relación el orden es el siguiente: que estén bien, ver por ellos, platicar, escuchar, reír, estar juntos, que estén bien.

La octava palabra clave fue Infancia, las palabras definidoras, en el orden que fueron escritas son: hijos, lindos, tranquilos, hermosos, pequeños, alegres, traviesos. De acuerdo a la jerarquización en función de la relación el orden es el siguiente: hijos, tranquilos, hermosos, lindos, pequeños, traviesos, alegres.

- ☯ Al terminar el llenado de las redes semánticas ella *dijo que se sentía mucho más tranquila, al preguntarle cómo era eso, ella explicó que sabía que pasara lo que pasara ella actuaría lo mejor que pudiera.*

- ☯ Finalmente comentamos sobre las formas en que ha estado en contacto con su sabiduría interna y cómo ha sentido el cuidado de su protección saludable. Ella refiere que ahora puede acercarse más a su esposo, aunque él esté tan distante, dice que ya se dio cuenta de que si ella se comporta amorosa él también está tranquilo y *también comenta que estuvo pensando en que ella no tenía porqué sentirse culpable de dejar a sus hijos con sus abuelitos, que no lo había hecho antes y que no lo haría si no fuera para el bien de su familia.*

- ☯ Al preguntarle lo que se llevaba de la presente sesión, ella dijo que conocer más de cerca que es una mujer muy fuerte e inteligente y que siendo amorosa, no se arrepentirá de nada después.

B) Metáfora:

En ésta ocasión no hubo metáfora.

C) Percepción de la terapeuta:

Desde la sesión anterior hubo una predisposición a que la señora encontraría parte de sus recursos, *se conocería más, y se sorprendería de la frecuencia con la que su sabiduría se manifiesta consciente e inconscientemente.*

Cuando termino de llenar las redes semánticas y le pregunté cómo estaba, percibí que en realidad se había re -conectado con una parte de ella misma.

Me pareció prudente encontrar momentos en los que ya está en contacto con su sabiduría interna y situaciones en las que ya ha gozado de esos beneficios.

También consideré necesario reforzar la forma en que ella se miraba a sí misma y que se escuchara hablando de Eliza ahora, en ése momento y en esa circunstancia.

Por otro lado, cabe decir que *Braulio sólo quería estar con sus papás.* Preguntaba con frecuencia por el momento en que vería a sus hermanitos y se la pasaba durmiendo. Casi no quería jugar, solo miraba la T.V.

Finalmente, señalo que en esta ocasión fue importante para mí atender a mis emociones, estudiar los avances obtenidos y vislumbrar el camino en que íbamos así como la meta final (ver anexo 6).

VI. SEXTA SESIÓN:

En ésta sesión le había salido a Braulio una llaga en su boca, lo que le ocasionó nuevamente una inestabilidad emocional a la familia.

A) Descripción:

- ④ Braulio tenía una llaga en su boca, era pequeña al principio pero rápidamente se fue haciendo más grande y molesta para el niño, por lo que se la pasó casi sin comer, de malas, aventando lo que encontraba, gritando y llorando. Cada que se acercaba su mamá o su papá les decía que por favor ya se lo llevaran a su casa, pues quería ver a sus hermanitos.

- ④ La señora Eliza comento la impotencia que sentía de mirar a su hijo inquieto y saber que no podía hacer nada, comentó que ella se preguntaba porqué les estaba tocando pasar por todo esto a ellos, que eran una familia feliz y que no se metían con nadie (llanto y temblor en el cuerpo).

- ④ Le narré de forma embebida: “la historia de mi maestro” “Algo sobre Víctor Frankl” y “los expertos” (descritas en el inciso B).

- ④ Hablamos un poco de diferentes estrategias que tienen las mamás para que los niños coman, una de ellas es con amenazas, otra es haciéndoles lo que les gusta, yo le platicué del estilo de mi mamichis para que yo comiera cuando no tenía hambre y del estilo de mi papá para que yo aprendiera a tomar riesgos. Comentamos que seguramente esto sólo sería posible cuando los padres están realmente convencidos y conscientes de la importancia de lo que quieren enseñar a sus niños.

- ④ Reencuadramos la situación y después de escuchar las historias, la señora dijo que había recordado algunas partes de la Biblia y de la virgen María, por lo que *hablamos de las oportunidades que Dios nos da a las personas para aprender y hacer mejor lo que nos encomendó.*

- ④ Le pregunté cómo mira a Braulio, y dice que le sorprende la fortaleza que tiene, que al verlo tan pequeño y tan fuerte, ella piensa que ella no se puede dejar caer, le digo que tal vez es que Braulio está muy en contacto con su fortaleza interna, esa que no se puede apagar con nada, sólo hay que dejarnos escucharla.

B) Metáforas:

“LA HISTORIA DE MI MAESTRO”⁶

Mientras la escuchaba, me preguntaba si existirían formas de afrontar situaciones como ésta, en las que las personas sentimos tanto dolor, impotencia, miedo, etc., formas en las que podamos sentir movilidad. Estoy sintiendo que hay tantas preguntas y tal vez desacuerdos, que hacen sentir inestabilidad, yo siento un dolor aquí, en mi pecho y siento como un piquetito extraño que no sabría como describir.

Mientras estoy viviendo éstas sensaciones, también estoy recordando a un profesor de la carrera, él es un profesor muy querido, no sé si él lo sabe, pero está guardado en mi corazón como mi padre académico, lo he sentido conectado conmigo, lo admiro y lo quiero más de lo que podría explicar. Cuando lo conocí supe que él era especial por la calidad de sus clases, no me gustó como me evaluó, pero disfruté mucho de sus clases. Algo que me llamó la atención un día, después de más o menos siete meses de conocerlo, es que noté que casi no movía uno de sus brazos. Un día platicando con otros compañeros, me enteré de que al maestro le habían dado un diagnóstico grave hacía como seis años, en ése diagnóstico le decían que en aproximadamente ocho meses tendría que usar silla de ruedas pues sus huesos se irían debilitando cada vez más, de hecho le sugerían que fuera aprendiendo a acostumbrarse pues esa silla sería su fiel compañera. Como él es médico, comprendía a la perfección la explicación que le daban de porqué tendría que ser como le estaban diciendo...

“ALGO SOBRE VÍCTOR FRANKL”⁷

Esto que le estoy comentando, me recuerda la historia de otro médico llamado Víctor Frankl, él fue un psiquiatra que ha aportado mucho a la psicología actual. Lo imagino trabajando muy contento en su país, sin embargo le tocó vivir en el tiempo de Hitler, ya ve que a éste hombre se le ocurrió hacer campos de concentración para encerrar a los judíos y creó formas de torturarlos hasta matarlos.

Bueno, pues un día Víctor se encontró con que después de ser un hombre que sólo se dedicaba a disfrutar de su trabajo y de su familia, ahora no era más que un prisionero porque era judío. Él narra que sintió en su momento una inestabilidad emocional muy grande, creo que entre esos sentimientos estaban la impotencia, el enojo, el miedo, el coraje, el dolor, la preocupación, la pena, la tristeza, etc., y probablemente, aunque tenía muchas ideas de lo

⁶ Inspirada en Erickson (1962).

⁷ Inspirada en Frankl (1999).

que debería o no pensar ó sentir, en ese momento era un ser humano que necesitaba darse permiso de vivir lo que fuera que estuviera en su interior.

El describe cómo fue vivir mirando tan de cerca la muerte, tanto de personas desconocidas como de las más cercanas, incluso sintiendo la impotencia e incertidumbre, pues lo separaron de su familia y no sabía si todavía vivían, comenta como cada día que pasaba era para él tan largo, seguramente había momentos en los que sentía que ya no podría más. Dice que algunos de sus compañeros preferían suicidarse pues el trato que recibían era en verdad inhumano, sólo porque así lo decían los nazis...

“LOS EXPERTOS”⁸

Antes de continuar, le quiero contar la historia de los expertos, es un cuento pero a mí me sabe a chiste: Cuentan que un hombre a quien se consideraba muerto fue llevado por sus amigos para ser enterrado. Cuando el féretro estaba a punto de ser introducido en la tumba, el hombre revivió inoportunamente y comenzó a golpear la tapa del féretro. Abrieron el féretro y el hombre se incorporó. <<¿Qué estáis haciendo?>>, dijo a los sorprendidos asistentes. <<¡Estoy vivo. No he muerto!>>. Sus palabras fueron acogidas con asombrado silencio. Al fin, uno de los deudos acertó hablar: <<Amigo, tanto los médicos como los sacerdotes han certificado que habías muerto. Y ¿cómo van a haberse equivocado los expertos?>>. Así pues, volvieron a atornillar la tapa del féretro y lo enterraron debidamente.

En fin, en el caso de Víctor Frankl, entiendo que viviendo todo eso por lo que tuvo que pasar, descubrió varias cosas, entre ellas que la fuerza interna del ser humano va más allá de su fuerza física, incluso siento que llego a ver la parte espiritual como un regalo que llevamos en nuestro interior todas las personas y que vamos descubriendo conforme vamos estando preparadas para recibirlo.

Cuando fueron liberados del campo de concentración escribió un primer libro, llamado el hombre en busca de sentido, en el que describe lo que le acabo de platicar y en alguna parte dice que viviendo todo esto, descubrió que a una persona se le puede quitar todo, sus bienes materiales, su libertad física, incluso a su familia, pero que habrá algo que nunca nadie le podrá quitar a un ser humano, su capacidad de elegir. Dice que estando ahí se imaginaba lo que haría al ser liberado, creo que él eligió ponerse razones para seguir viviendo y no fue casualidad que a él no lo mataran, prefirió vivir y compartírnos su aprendizaje con lo que ha implementado una nueva forma de trabajo en la psicoterapia, llamada logoterapia. Yo recibo a Víctor como un ser humano que vivió y aprendió de cada experiencia aun ó

⁸ Inspirada en Aguirre & Álvarez (2007).

especialmente de las más desagradables, creo que por eso pudo heredarnos, a los que venimos atrás nuevas posibilidades, como encontrar un sentido a las experiencias que tenemos y así mirar un fin mayor.

Por otro lado, siento que mi maestro también prefirió vivirlo de otra manera, pues él a la fecha sigue dando sus clases, ahora también en el instituto que dirige, ha publicado algunos materiales, tanto en libros como en revistas y sigue trabajando cada día, disfrutando de su movimiento, aunque atendiendo a su cuerpo de manera diferente. Siento que ha aprendido a estar más en contacto con él mismo y con lo que su cuerpo le pide. Un día, después de algunos años de convivir con él, le pregunté cómo le hizo, cómo fue escuchar, saber que esas explicaciones eran posibles y luego no comprarse su silla para ir acostumbrándose a usarla, entonces él me contestó: “No les creí”.

Después de la experiencia de sentirlo cerca y saber que es posible lo que he mirado en él, cuando escucho algún comentario negativo ó destructivo, incluso de mi propia familia, referente a mi salud, mi estilo, mi forma de ser, mi forma de hacer, mi forma de sentir, etc. me pregunto: ¿les creeré ó no les creeré? ó incluso, ¿ganaré más si les creo o si no les creo?

C) Percepción de la terapeuta:

Durante la sesión percibí que la señora estaba sintiendo con más frecuencia que no había nada que ella pudiera hacer, que las cosas que *les estaban pasando* en su familia estaban fuera de su alcance y sentí una actitud de derrota, de cansancio de desesperanza, de dolor y de fracaso que nacía de una línea de pensamiento, tal vez tradicional y común.

Por eso, me pareció oportuno orientar el pensamiento y las emociones de la señora, hacia una posibilidad de elegir su actitud en ésta experiencia que estaba viviendo, así fue como elegí narrarle las historias ya descritas, de la manera antes mencionada. También consideré pertinente que reconociera que muy cerca de ella, en su familia existe alguien que utiliza día a día esa fortaleza interna y que todos los seres humanos la tenemos en nuestro interior por lo que solo se requiere atenderla.

Finalmente, cabe mencionar que *Braulio ha dejado de jugar y de comer (casi todo lo que ingiere lo devuelve), está de malas casi todo el día, se la pasa durmiendo más que antes y el dolor en su boquita es intenso*. Mis emociones al convivir con él estuvieron siendo muy inestables, sentí principalmente tristeza, dolor y mucho miedo, todo esto lo describía en mis registros personales para escucharme.

VII. SEPTIMA SESIÓN:

En ésta sesión la señora Eliza comentó la forma en que actuó, ante las situaciones que comentamos en la sesión anterior:

A) Descripción:

- ④ La señora Eliza dijo que buscó a la doctora tratante y que le dijo que estaba muy preocupada por Braulio y le explicó sus observaciones respecto a la infección, que seguía avanzando más cada día. Comenta que cuando la doctora le dijo que estaban haciendo lo que podían se sintió sin esperanza, y en ese momento recordó los casos de los que platicamos la sesión pasada, entonces se armó de valor y fue a buscar a otra doctora, quien de inmediato vio a su hijo y le recetó un medicamento que, aunque era caro, en verdad le ayudaría mucho, según dijo la doctora. Y así fue, pues en dos días disminuyó notablemente la llaga.

- ④ Le pregunté cómo se sentía de haberlo hecho así, y ella respondió que sintió miedo de que se enojara la doctora tratante y de que el medicamento tampoco le ayudara a Braulio, sin embargo, sabía que estaba actuando y haciendo lo más que podía y eso la dejó tranquila. Hablamos de la trascendencia que tiene una actitud en el momento adecuado.

- ④ Le platiqué “la historia de dos hermanos” (narrada en el inciso B).

- ④ Finalmente le reconocí el contacto que estuvo teniendo con ella misma y la oriente a mirar como probable un proceso similar durante las próximas semanas, los próximos meses o incluso años. Hablamos de habilidades que está desarrollando para salir adelante con su familia, reconoció la siguientes: escuchar más, ser más paciente, ser mas humanitaria y comprensiva con los demás, prevenir, pensar a futuro, ser mas amorosa con los demás especialmente con sus hijos y con su esposo y expresar lo que piensa.

- ④ También comenta que está haciendo trámites para que le den la ayuda que les ofrecen a los niños enfermos en la casa de la amistad.

B) Metáfora:

“LA HISTORIA DE DOS HERMANOS”⁹

Cuentan que en una tierra muy, muy lejana, existían dos hermanos que eran gemelos. Uno de ellos con el paso de los años se hizo adicto a diferentes sustancias y vivía en un centro donde le daban los cuidados que requería, pues aunque era muy joven insistía en intentar suicidarse. Un día fue un equipo de psicólogos al centro y les llamó la atención el caso del chico, pues había tenido diferentes tratamientos y no mostraba avance permanente, solo momentáneo y a veces. Se acercaron a él y le preguntaron porque había llegado a esto, a lo que el joven contestó: “Saben, cuando yo era niño mi mamá se prostituía y me llevaba con ella a su trabajo, yo vi cosas tan feas a tan temprana edad, cosas que no entendía y que me asustaban. Pero cuando regresaba a casa y buscaba a mi padre para contarle lo que yo sentía, sólo encontraba a un hombre sin sentido, tirado y ausente. Cuando cumplí 6 años mi padre murió de una sobredosis y a mi madre la llevaron a un hospital, en ese momento supe que así también terminaría yo. Después me llevaron a un orfanato y me escapé, empecé a robar, tomar y drogarme. Por eso no quiero vivir, no me interesa”. Los psicólogos lo escucharon con atención y al revisar su expediente vieron que tenía un hermano, al preguntarle por él respondió que perdió contacto desde que se escapó del orfanato.

Los psicólogos se interesaron en buscarlo hasta que lo encontraron, resulta que era un abogado que trabajaba en el centro de la ciudad, disponía de un despacho en un edificio muy bien elaborado y de renombre. Después de haber hecho su respectiva cita para ser atendidos por él y pasar con la secretaria para cumplir con todos los requisitos que se solicitaban, finalmente fueron recibidos. Al mirar al joven y mirar el lugar en que trabajaba, uno de los psicólogos preguntó cómo lo había logrado siendo tan joven a lo que éste respondió: “Saben, cuando yo era niño mi mamá se prostituía y me llevaba con ella a su trabajo, yo vi cosas tan feas a tan temprana edad, cosas que no entendía y que me asustaban. Pero cuando regresaba a casa y buscaba a mi padre para contarle lo que yo sentía, sólo encontraba a un hombre sin sentido, tirado y ausente. Cuando cumplí 6 años mi padre murió de una sobredosis y a mi madre la llevaron a un hospital, en ese momento me dije que así no terminaría yo. Después me llevaron a un orfanato y me dedique a aprender lo más que pude, pues quería ayudar a la gente. Y así, me he dedicado a abrirme paso, para darle mi servicio a los que me necesitan”.

⁹ Inspirada en Frankl (1990)

C) Percepción de la terapeuta:

Durante ésta sesión percibí una actitud con más determinación que en ocasiones anteriores, por lo que creí prudente hablar a detalle de las emociones y habilidades que la señora utilizó, así como de la forma en que contribuyeron en la familia, haciendo que la llaga de su hijo disminuyera, para sentirse más tranquila y para comunicarle a su familia, más estabilidad.

Por otro lado, me pareció pertinente comentar que a futuro probablemente sería útil que continuara actuando de manera parecida, además creí oportuno llevarla a mirar que ya había empezado a emplear sus nuevas habilidades. A manera de observación, señalo que durante toda la sesión la señora no se tocó la boca, a diferencia de las primeras veces.

Por su parte, *Braulio adelgazo mucho, pero empezó a jugar nuevamente*, cuando alguien entraba a la sala, nos enseñaba que su llaga ya estaba pequeñita y nos explicaba que antes le dolía mucho y ahora ya no, también nos platicaba que él lloraba y estaba enojado. A la señora se le ocurrió sacar fotos a Braulio cuando estaba comiendo, entonces el niño nos invitaba a mirar cómo le sacaban la foto o incluso a posar con él, pues las verían sus hermanitos.

Quiero compartir que *a Braulio le cortaron su cabello pero su actitud es más abierta y con disposición*. Durante la semana jugamos a ver quien se daba cuenta de que era un niño con varios cambios: volver a comer solito, compartir sus juguetes con un niño que estaba a un lado de él, jugar en el día y dormir en la noche y no tener cabello. Cuando entraba alguien a la sala, Braulio preguntaba qué notaban de diferente en él, si alguien atinaba a alguna de las cosas él se reía, si no le atinaban, también se reía. En alguna ocasión me platicó que llegó su papá y le hizo la pregunta de qué notaba de diferente en él y el señor empezó a decir varias cosas, si le habían cambiado el suero o si le habían puesto un catéter, después de un rato el señor se cansó y dijo: “no se chaparro greñudo” (como acostumbraba decirle), entonces Braulio se empezó a reír y le dijo que cuales greñas si ya se las habían quitado, quitándose el gorrito que tenía puesto.

Finalmente señalo que en el anexo 7 incluyo el registro de la presente sesión como una muestra de cómo llevé a cabo las entrevistas a la terapeuta antes mencionadas, esto lo comparto ahora, considerando que en este momento el lector puede recibir mejor la utilidad que di a dichos registros, pues fueron la base para relatar la información del inciso A, como lo advertí al inicio del presente apartado.

VIII. OCTAVA SESIÓN:

En ésta sesión se habló en general de la forma en que se habían logrado los objetivos planteados al inicio, pues Braulio sería dado de alta. Los temas abordados fueron:

A) Descripción:

- ⑤ Comenta que le van a ayudar los de la casa de la amistad eso le da un poco de tranquilidad, aunque sabe que los gastos son mayores cada vez, comenta que su esposo está muy metido en el trabajo, para pagar todo lo que se necesita, pero ella siente que es como su fuga.
- ⑤ Le platicué “manada de changuitos”. (narrada en el inciso B).
- ⑤ Comenta que la infección de Braulio ya está sanando y le dijeron que ya lo van a dar de alta, aunque lo van a seguir citando para sus quimioterapias.
- ⑤ Hablamos sobre lo que ha aprendido y de cómo le ha sido útil el servicio que le he brindado. Ella comenta que le ha servido para sentirse más segura del proceso que están viviendo en su familia, que le sirvió para no tomar decisiones precipitadas, como cuando iba a sacar a Braulio del hospital y a escuchar lo que ella siente para transmitirle estabilidad a Braulio.
- ⑤ Le platicué “la evidencia de una sabiduría interna”.
- ⑤ Hice un resumen en general de lo que yo noté respecto a que ante un cambio en la actitud de ella como madre había llevado a cambios en su pareja, en sus niños que estaban en casa y en Braulio, comenté de mi sorpresa al mirar varias cosas (especificando detalles en ese sentido) e incluso nos dimos tiempo para especular un poco acerca de lo que pudo pasar de no haber hecho lo que ella había hecho como mujer, como madre y como pareja.
- ⑤ Finalmente hablamos de la importancia de seguir las instrucciones médicas, de las posibles recaídas y acordamos las fechas aproximadas de las llamadas de seguimiento, aunque también aclaramos que en caso de que lo deseara, podíamos comunicarnos en otro momento.

B) Metáforas:

“MANADA DE CHANGUITOS”¹⁰

Cuentan que en algún lugar del planeta habitaban manadas de changuitos, cada una con diferentes hábitos y costumbres, algo muy chistoso que caracterizaba a una de las manadas era que no se acercaban al agua, le tenían mucho miedo. Un día, un mono bebé se acercó al agua lavó en ella su plátano y se lo comió, entonces los demás monos se le quedaron viendo muy sorprendidos, pues había hecho algo que ninguno se había atrevido a hacer. Al otro día volvió a lavar su plátano y se lo comió, mientras los demás monos lo miraban intrigados. Y esto lo continuó haciendo a diario.

Otra gran sorpresa ocurrió cuando pasando algunos meses, otro mono bebé tomó su plátano, lo lavó y se lo comió, después de varios meses un mono adulto tomó un plátano, lo lavó y se lo comió dejando a todos los demás atónitos. Algunos investigadores se preguntaron ¿qué pasó?, ¿cómo fue?, y se dieron cuenta de algo bien interesante. Descubrieron que cuando el dos por ciento de una población hace algo diferente, el resto hace algo diferente, eso les sirvió a los monos para alimentarse, perder miedos, disfrutar del agua y vivir mejor.

“LA EVIDENCIA DE MI SABIDURIA INCONSCIENTE”¹¹

Un día llegó a CENATIF (Centro de Atención Integral para la Familia) un muchacho, que iba porque era muy violento, cuando se sentía atacado aunque sólo fuera que lo vieran feo, de inmediato agredía a quien estuviera cerca. Él había tomado cursos de defensa personal y tenía logros importantes, entonces a últimas fechas sentía miedo de dejar mal herido o matar a alguien, además por supuesto del peligro que corría él y las consecuencias que esto le traería. Durante algunas sesiones platicamos entre otras cosas, de esa esencia que tenemos todas las personas, él también le llamó sabiduría.

Comentamos que en nuestro cerebro se llevan a cabo varias cosas a la vez y que podemos no darnos cuenta, pero que esas actividades son fundamentales para mantenernos estables, por ejemplo, mientras platicamos nuestro sistema digestivo sigue trabajando y al mismo tiempo, continúa en alguna parte, la información que recibimos en la mañana y los aprendizajes que tenemos desde toda nuestra vida, y están ahí a nuestro servicio para ser utilizados en el momento adecuado incluso de manera automática, *sabiamente*, en ausencia de entender o darnos cuenta de que ya está ocurriendo. Hablamos de todos los beneficios que tenemos al contar con esa sabiduría que nos mantiene como en el camino de lo que está bien para nosotros.

¹⁰ Inspirada en Bateson (1993).

¹¹ Inspirada en Robles (2005).

Sin embargo, el chico llegó un día a su siguiente sesión molesto y me dijo que él no entendía para que iba si todo seguía igual, él me comentó que en realidad no encontraba ningún cambio en su forma de ser, que no podía decir que estaba peor pero que no estaba mejorando y que eso no le gustaba. Primero me sorprendí de lo que escuché y después le dije que tal vez había llegado el momento de que su sabiduría inconsciente le diera una evidencia de que lo estaba guiando aun cuando él no se diera cuenta e incluso que tal vez iba más adelantada de lo que él se imaginaba, lo que sí le pedí fue que pusiera atención, porque no sabía si esa evidencia la tendría pronto o en unos días más.

Cuando nos vimos en la siguiente sesión, el joven llegó muy sorprendido y me dijo que me quería compartir la forma en que su sabiduría inconsciente le había dado la evidencia, me dijo: “Como tú sabes mi mamá tiene una tienda y yo a veces le ayudo a atenderla, bueno el sábado en la tarde, mi mamá estaba despachando mientras yo acomodaba la mercancía. En eso escuché que llegó un chavo y le dijo a mi mamá que le cobrara unos cigarros, mi mamá le dio cambio de un billete de a cincuenta y el chavo que le dice bien enojado que le había dado un billete de cien, entonces mi jefa le enseñó el billete, porque tenemos la costumbre de no guardarlos hasta haber dado el cambio, pero el chavo se puso bien ponki y le dijo que no que ella era una mañosa y una vieja ratera. Cuando yo escuché eso me moví en fa por el cuchillo de la longaniza, y recuerdo que me lo puse en la parte de atrás de mi pantalón, entonces recuerdo que estaba planeando como tirarlo y cómo pegarle, incluso como usar el cuchillo, pero ¿qué crees que paso?. Cuando me di cuenta estaba frente a él extendiendo un billete de a cien de los míos, y diciéndole que se lo llevara, que si él decía que era de cien su billete que lo tomara y que se fuera porque no queríamos problemas. Cuando el chavo se fue, yo me quedé pensando en lo que había hecho y mi familia se sorprendió mucho, mi mamá fue la primera en decirme, que le daba gusto que me estuviera sirviendo venir, ahí fue cuando supe que esa había sido la evidencia que mi sabiduría me había dado”.

Entonces a veces nosotros somos los primeros sorprendidos por las evidencias que nos da nuestra sabiduría, yo creo que lo más común es que no nos demos cuenta de que es nuestra esencia la que nos envía esa señal. Pero ahora que usted lo sabe no sé qué tanto se sorprenderá cuando observe las evidencias que su sabiduría le dé, de hecho yo no sé y tal vez usted tampoco, qué otras personas o familias también se sorprenderán. Recuerdo que en la primera sesión hablábamos de un camino en el que en algún momento encontraríamos una luz que nos guiaría, creo que la encontramos cuando empezamos a darnos cuenta de que hay otras familias que han pasado también por situaciones difíciles y han salido adelante. Probablemente ahora le toque ser esa luz para otras familias que inician un camino parecido al que hasta ahora hemos recorrido.

C) Percepción de la terapeuta:

Durante ésta sesión pude percibir un periodo de readaptación familiar, pues aún cuando la señora ya había desarrollado ciertas habilidades, ella percibía que su esposo se fugaba en su trabajo. Por ésta razón me pareció pertinente abrir la posibilidad de que al ser constantes en un cambio dentro del sistema familiar, los miembros responderían a éste automáticamente y para esto narre la historia de “manada de changuitos”.

Por otro lado, percibí más estabilidad en la familia en cuanto a la salud de Braulio.

Creí oportuno ir cerrando las sesiones, para lo que abrí el tema de la utilidad que la señora había sentido, de recibir éste servicio.

Finalmente cabe decir que Braulio estaba mucho más alegre pues pronto vería a sus hermanitos. Estuvo comiendo mucho mejor y platicando más. Estuvimos planeando cómo se cuidaría y a qué jugaría primero con sus hermanitos.

PRIMER LLAMADA DE SEGUIMIENTO: (27/9/08)

Esta primera llamada la hice después de dos meses de habernos visto la última vez. La señora Eliza reporta que Braulio ha estado estable, que los médicos le han dicho que está respondiendo bien aunque debe recordar que a veces de un momento a otro se pueden complicar las cosas.

Económicamente se sienten presionados, aunque están recibiendo apoyo de la casa de la amistad. Finalmente comenta que ella se siente tranquila, pues sabe que cada día le da a su familia lo mejor de ella misma, dice que ha reflexionado que nadie tiene la vida comprada y que tanto puede faltar un día uno de sus familiares como ella misma, cuando piensa esto se motiva a darle a su familia su amor y paciencia.

SEGUNDA LLAMADA DE SEGUIMIENTO: (31/12/08)

La señora reporta que Braulio sigue estable, que ella lo sigue llevando al hospital para que le hagan sus estudios y para que le apliquen los medicamentos que él necesite. Comenta que el niño está muy contento y que ya se adaptó a ir al hospital aunque por ahora tiene la ilusión de entrar a la escuela.

Finalmente, al preguntar sobre su experiencia con el trabajo realizado, ella comenta que siente que le sirvió mucho para comprender mejor lo que estaba pasando, dice que funcionó también para prepararse emocionalmente para el diagnóstico que le iban a dar, para unirse más con su familia, comenta que ya

siente más estabilidad con su esposo, y para no tomar decisiones precipitadas como cuando se sintió presionada por su familia para sacar a Braulio del hospital.

En el siguiente capítulo explico el análisis de los resultados, considerando la información dada en el presente apartado, y doy respuesta a las preguntas planteadas al principio de la investigación además de explicar los factores principales que se encontraron como determinantes para la comunicación en la familia.

CAPITULO 7.

ANALISIS DE RESULTADOS

Imagina Aggivessana, una gran montaña cercana a un pueblo o ciudad, y dos amigos de ese pueblo o ciudad que juntos se dirigen a la montaña. Una vez llegados a ella, uno de los amigos se queda en la falda de la montaña y el otro sube hasta la cima. Entonces, el que está en la falda de la montaña dice al que ha subido a la cima:

- *"Amigo, ¿qué es lo que ves desde la cima de la montaña?"*

El que esta en la cima contesta:

- *"Amigo, desde la cima de la montaña veo parques, arboledas, praderas y lagunas maravillosas".*

El que esta en la falda de la montaña le dice:

- *"Amigo, es imposible y utópico que desde la cima puedas ver parques, arboledas, praderas y lagunas maravillosas".*

Entonces el que estaba en la cima baja hasta la falda y tomando a su amigo de la mano le ayuda a subir hasta la cima. Tras dejarle recobrar el aliento le pregunta:

- *"Amigo, ¿qué ves ahora desde la cima de la montaña?"*

Y el amigo le contesta:

- *"Amigo, desde la cima de la montaña, ahora veo parques, arboledas, praderas y lagunas maravillosas".*

El otro le dice:

- *Amigo, hace un momento entendí que decías: "es imposible y utópico que desde la cima puedas ver parques, arboledas, praderas y lagunas maravillosas", pero ahora entiendo que dices: "amigo, desde la cima de la montaña, veo parques, arboledas, praderas y lagunas maravillosas".*

Y él le contesta:

- *"Amigo, eso era porque obstruido por esta gran montaña, solo suponía, pero ahora sí puedo ver".*

(Vélez, ca. 560-480 ac)

CAPITULO 7. ANALISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo doy respuesta a las preguntas planteadas en el inicio de la investigación, posteriormente señalo los factores que descubrí que fueron determinantes en la comunicación familiar y finalmente hablo sobre la participación de la terapeuta dentro del sistema.

7.1 RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Para responder a las preguntas de investigación retomo la información obtenida de los instrumentos utilizados:

- Entrevista Inicial.
- Genograma de la familia.
- Redes semánticas.
- Metáforas con utilización Ericksoniana.
- Entrevistas para la Terapeuta.

Dicha información ha sido registrada en el apartado 6.2, y aquí la destaco con cursivas y subrayado. A continuación expongo las respuestas encontradas:

Pregunta 1: ¿Cuál es la concepción que tiene la familia de un niño enfermo de cáncer, respecto a la enfermedad?

De inicio quiero especificar que cuando empecé a trabajar con la familia, todavía no sabían de qué estaba enfermo su niño, sólo vivían el visitarlo en una sala donde nada más había niños enfermos de cáncer, por lo que pude observar y acompañar a la familia en ese momento de especulación e incertidumbre. Ese fue un periodo muy importante pues cada miembro tuvo que hacer cambios personales para adaptarse a una situación en la que no tenían certeza de cómo continuaría y concluiría; pero además vivían el constante bombardeo de mensajes de otros padres que les compartían sus experiencias en el hospital, en su mayoría experiencias de desesperación. Yo sentí que la familia recibía dichos mensajes como si les estuvieran avisando cómo vivirían también ellos la enfermedad de su hijo, como si no pudiera ser de otra forma, sólo enterarse y resignarse, *mirando a la enfermedad como algo tan malo que podría ser más bien un castigo por algo que no podían comprender, pues habían sido personas de bien, que no se metían con nadie (sesión 1 y 6).*

Por otro lado, quiero señalar que cuando ésta situación se prolongó (estar sin diagnóstico) sentí que la familia pasó de la especulación e incertidumbre a la

impotencia y desesperación, considero desde donde les acompañé, que la producción de dichas emociones estaban directamente relacionadas con la concepción de la familia de esperar, percibí que daban por hecho que ellos no podían hacer nada pues “solo los doctores” les podían decir qué tenía su hijo y de qué manera podían cuidarlo (sesión 3).

También cabe decir que Braulio vivió con cambios el no tener diagnóstico, pues de inicio platicaba y compartía su experiencia como algo nuevo en su vida, compartía con quienes lo visitaran sus diferentes anécdotas, desde cuando le llevaron su desayuno hasta cuando le cambiaron su suero, sin embargo, después se mostraba aburrido y decía que quería ver a sus hermanitos y conforme pasó el tiempo se mostraba desesperado, llorando constantemente y de malas.

Quando recibieron el diagnóstico, noté que había una ambivalencia de emociones, pues por un lado era ya tener el tan esperado diagnóstico, mientras por otro lado era algo que no comprendían del todo pero que sonaba muy mal, entonces escuché en su discurso que había mucha impotencia y desesperación, pero seguía percibiendo la idea de que ellos como familia no podían hacer nada, sólo los médicos y Dios, pues la petición para él era que no los olvidara (sesión 4).

Finalmente respecto a la comunicación en la familia, quiero puntualizar que para mí fue muy sorprendente mirar cómo las situaciones que vivían, aunque cada quien las percibía desde su propio marco de referencia, como la llaga en la boca del niño ó las variaciones en el tratamiento, les producían actitudes y respuestas muy similares. Por ejemplo, la señora no quería comer y aunque su hijo no lo sabía él también dejó de comer. El señor casi no dormía, y el niño tampoco lo sabía, sin embargo alteró su sueño. Pude notar que estos cambios fueron graduales, tanto en los padres como en el niño y observé como el sistema familiar busca equilibrarse.

Pregunta 2: ¿De qué manera influye la concepción que la familia tiene de la enfermedad, para la comunicación que tiene con el niño enfermo?

Las ideas de los padres eran transmitidas al niño con mensajes verbales y no verbales, y cuando eran verbales podían ser detalles pequeños pero que transmitían muy importante información. Por ejemplo, respecto a los mensajes verbales, cuando le dieron al niño una cruz para que lo cuidara diosito ó cuando le dijeron que no hiciera del baño hasta que los doctores le dijeran como, atribuyendo a ellos el poder absoluto de la situación y su proceso, y respecto a la información no verbal, como cuando el niño lloraba en su cama porque lo separaban de su mamá, mientras ésta lloraba en el pasillo cuidando de que no la viera su hijo (sesiones 3 y 2).

Noté que en un inicio los mensajes estaban desorganizados, pues el impacto que estaban teniendo la serie de cambios en su vida era abrumador, entonces percibí

que había alteraciones repentinas en su estado de ánimo, había olvidos frecuentes, la señora ponía constantemente su mano en la boca para hablar, el señor se agachaba cuando algún trabajador de la salud se dirigía a él, para tomar alguna decisión hacían un par de llamadas antes y tenían cambios constantes en la comunicación con su hijo (sesión 2).

También noté que cuando los padres tenían miedo, se comunicaban con el niño de manera temerosa e insegura, lo que generaba una respuesta similar; cuando la sensación que predominaba era de impotencia, se comunicaban con el niño como si se estuvieran despidiendo de él; cuando la emoción predominante era de enojo, la comunicación con Braulio era estresante incluso con gritos; cuando la concepción respecto a la enfermedad era de angustia, la comunicación con el niño era de consentirlo y besarle constantemente.

En síntesis, observé que cualquier cambio en la actitud de los padres, provocaba una respuesta, en una actitud parecida de parte del niño e incluso, puedo decir que también de parte de los servidores de la salud más cercanos (sesión 4).

Pregunta 3: ¿Cómo influye la comunicación familiar en la calidad de vida del niño? Cuando iniciamos el trabajo, la familia estaba muy inestable y se comunicaban de manera confusa, pues verbalmente decían una cosa, en tanto que con sus actitudes se decían otra. Por ejemplo, la señora le decía constantemente a su esposo que no se preocupara, pero ella era la primera en hacer comentarios desde su preocupación, le decía a su niño que se irían pronto del hospital pero que debía obedecer a los doctores, sin embargo ella decía que sabía que no se irían pronto y le llevaba más juguetes y ropa (primeras cuatro sesiones).

Por otro lado la actitud de la señora de ponerse constantemente la mano en la boca ó la del señor de agacharse cuando le hablaban, también comunicaba inestabilidad e inseguridad, actitudes con las que afectaban a su propia calidad de vida y la de su familia (sesión 2). Así mismo el dar indicaciones al niño de usar una cruz para que diosito lo cuidara ó el no hacer del baño hasta que los doctores le dijeran, fueron mensajes interpretados por mí como de evidenciar que el poder de la situación y su proceso dependía de factores externos a la familia como serían dios y los doctores, por lo que su calidad de vida era consecuencia de decisiones ajenas a ellos (sesión 3).

Sin embargo con el paso de las sesiones, al ir descubriendo y fortaleciendo los recursos propios para afrontar lo que estaban viviendo y al irse concientizando de su lugar en la familia y la determinación que una actitud puede tener en la vida personal y familiar, llegamos a abrir la posibilidad de elegir dicha actitud (sesión 6).

Luego entonces, pude observar que la comunicación entre Braulio y su familia influyó determinantemente en la calidad de vida del niño, pero también de los padres y de los hermanitos. Es decir, pude notar como ante una comunicación

más clara de los padres consigo mismos y con el otro, en el hecho de compartirse sus experiencias, sus miedos y hablar desde su corazón a su familia, se facilitaron el expresarse también con los doctores (como cuando la señora buscó a otra doctora para que atendiera a su hijo) y se permitieron acercarse a Braulio con amor auténtico, sin culpa, con lo que lograron transmitirle mensajes nuevos que lo llevaron a volver a sonreír, comer mejor, seguir los cuidados para su salud.

Finalmente quiero decir que aún cuando el resto de la familia no estaban enfermos, considero que se hicieron cargo de su calidad de vida de manera diferente a como lo hacían antes (sesión 7).

Pregunta 4: ¿De qué manera contribuyen las historias utilizadas de manera Ericksoniana, para la reconstrucción del concepto que la familia tiene respecto a la enfermedad?

Antes de la historia considero que fue importante crear un ambiente de trabajo con empatía, pues con eso me permití sentirme cerca de la familia y señalarles caminos por donde podrían encontrar salidas que no habían considerado, y siento que éstos mensajes fueron recibidos a su vez con apertura pues observé que se sintieron acompañados. Una vez creado dicho ambiente el momento de la narración de la metáfora fue como una plática entre dos expertos, y me puedo recordar narrando la metáfora invocando a esa esencia poderosa en la que creo y que considero vive en cada quien, dando por hecho que respondería a mi mensaje (sesión 3).

Por otro lado, considero que las historias narradas, sirvieron primero para empatizar y validar por un lado, y fortalecer y reenfocar la dirección de la experiencia, por otro (sesión 1 y 2; 3 y 4), después para cuestionar y poner en tela de juicio lo que para la familia era la realidad en ese momento (sesión 5 y 6).

Posteriormente para encontrar sus propios recursos y hacer uso de ellos, con lo que fueron flexibilizando la visión de la familia en diferentes circunstancias de lo que estaban viviendo, pues las metáforas les quitaron a mirar posibilidades que antes no habían considerado (sesión 7). Y finalmente observé que la familia pudo abrir una nueva puerta con la concientización de sus propios recursos (sesión 8).

Además cabe decir que pude observar cómo a través de las metáforas la familia fue reconstruyendo su concepción respecto a la situación que vivían, pero también observé como su cambio de actitud ante las diferentes circunstancias, les trajo resultados diferentes. Por ejemplo cuando la doctora no les atendía y la señora buscó a otra doctora, cuando le cortaron el cabello al niño y éste lo tomó a juego ó cuando la familia se comunicó más amorosamente, sacándose fotos y sintiéndose unidos.

Pregunta 5: ¿De qué manera influye dicha reconstrucción (del concepto enfermedad), en la comunicación que la familia tiene con el niño enfermo?

Pude notar en general que hubo momentos importantes, cada uno con características específicas y dando entrada al siguiente, yo lo describo de la siguiente forma:

Ψ **Cuando no conocían el diagnóstico del niño (en los primeros días). (Sesiones 1 y 2).**

La Concepción iba en el sentido de:

¿Por qué nos está pasando esto a nosotros, si no nos metíamos con nadie?
Roguemos a Dios para que no nos abandone.

La comunicación con el niño era:

Había cuidados y atenciones pero no en exceso, había ciertos límites, por ejemplo, comería aunque no le gustara la comida, se dejaría atender por los médicos y dormiría por la noche.

La actitud del niño era:

Muy abierta, cuando llegaba alguien a la sala de hematología, el niño de inmediato le saludaba desde su cama y le empezaba a platicar lo que había hecho durante el día, generalmente la gente se acercaba y platicaban con él. Lo que el niño tuviera en sus manos lo jugaba y explicaba a qué estaba jugando, nos invitaba a entrar a su mundo. Cuando lo inyectaban también nos decía y nos explicaba cómo había sido y en qué momento había empezado a llorar, nos enseñaba el lugar de la inyección y luego platicaba de otro tema como lo que había comido, la forma en que mamá le dio la comida y que a él no le gustaba pero su mami dijo que de todas formas comiera.

Ψ **Cuando no conocían el diagnóstico del niño (en los últimos días). (Sesión 3).**

La Concepción iba en el sentido de:

¿Y si estamos perdiendo tiempo? ¿Y si empeora mi niño?
¿Y si estamos a tiempo de hacer algo y no lo hacemos?
Lleva 6 aspirados de médula, mi niño está chiquito, ¿y si lo están lastimando nada más? ¿Será mejor sacarlo de aquí? ¿Y si se enojan los doctores?

Comunicación con el niño:

Le dan indicaciones, pero si no les obedece ya no hacen caso (al principio no era así, cuidaban que se hiciera lo que habían pedido, especialmente cuando era de comer). Lo regañaban por andar de berrinchudo pero le daban lo que pedía. Lo abrazan constantemente y lo arrullaban como a un bebé.

La actitud del niño era:

Platicaba menos, pero seguía compartiendo lo que había hecho durante el día. Por otro lado si no quería algo, solamente lloraba y daba por hecho que de esa manera lo atenderían sus padres. Había cosas que dejó de comer porque no le gustaban o porque no tenía ganas, si la doctora o alguna enfermera le pedía que lo comiera él se volteaba o se hacía el dormido. Preguntaba con frecuencia cuando vería a sus hermanitos y cuando sus papás se iban les pedía que lo llevaran con ellos, como no lo hacían se quedaba llorando. El niño prefiere estar con su mamá ó con su papá.

Ψ Cuando conocieron el diagnóstico del niño (sesión 4 y 5).**La Concepción iba en el sentido de:**

¿Qué será esa enfermedad? ¿Y si no lo cuido bien? ¿Y si yo tuve la culpa? ¿Y si lo lastiman? ¿Y si se muere?

La comunicación con el niño era:

De consentirlo mucho, le querían dar de comer en la boca aunque el niño quisiera comer solito. Cuando llegaban a verlo lo bajaban de la cama para arrullarlo. Si el niño pedía algo, buscaban la manera de dárselo. Incluso si no quería comer, no le insistían.

La actitud del niño era:

Estaba débil, durmiendo con frecuencia y quería que su mamá le diera de comer en la boca. Ya casi no platicaba, sólo si llegaban a saludarlo y le preguntaban cosas. Había menos juegos que le llamaran la atención y prefería mirar la T.V. Su actitud era de fastidio. Y preguntaba con más frecuencia cuándo se iría a su casa a ver a sus hermanitos. Sólo quería estar con sus papás.

Ψ Cuando le salió al niño una llaga en la boca (ver sesión 6).**La Concepción iba en el sentido de:**

¿Qué es eso? ¿Lo dejaré en manos de los doctores? ¿Y si se agrava? ¿Y si se muere? ¿Y si me arrepiento de no haber hecho algo?

La comunicación con el niño era:

De consentirlo mucho más, lo abrazaban constantemente. Los padres le decían que comiera pero no le insistían mucho, actuaban como temerosos de estarlo molestando. Le llevaban jugos y le insistían para que se los tomara. Era frecuente que la señora lo arrullara mientras dormía y que ella llorara abrazándolo.

La actitud del niño era:

Dejó de platicar, si alguien lo iba a saludar se volteaba o le corría, también dejó de comer por días, se la pasaba durmiendo. Cuando le insistían para que comiera aventaba la comida y cuando lo regañaba su mamá se ponía a llorar.

Ψ **Cuando empezaron a cuestionar y controlar (sesión 7).**

La Concepción iba en el sentido de:

No me parece que siga creciendo la llaga, si se supone que el medicamento es para que desaparezca. ¿Cómo le puedo hacer?

Ya hablé con la doctora y dijo que está haciendo lo más que puede. ¿Y si busco a otra que haga algo más?

¿Pero y si se enoja la primera y no le hace nada lo que le recete la segunda?

Es un riesgo, pero el que no arriesga no gana.

La comunicación con el niño era:

Darle indicaciones con más firmeza, por ejemplo que no se tocara la llaga. Darle los jugos y decirle que se los tomaría si no, no le prestaría el celular (al niño le gustaba escuchar música).

Su mamá le empezó a dar papillas y le decía que al estar comiendo le sacaría fotos para sus hermanitos, pues les daría gusto verlo que comía muy bien.

Llevaba juguetes y cuando se iba de la sala le pedía que les enseñara a los otros niños cómo se jugaban.

La actitud del niño era:

Platicaba con quienes llegaban a la sala, platicaba de la llaga que le había salido en su boquita, comentaba que él lloraba y que su mamá lo regañaba. Aunque todavía no comía bien, el niño ya estaba más estable, como que ya había vuelto a ser él. Aceptaba jueguitos como de travesuritas y se reía más.

Ψ **Cuando dieron de alta al niño (sesión 8).**

La Concepción iba en el sentido de:

Si nuestro niño puede y está pequeñito, ¿Cómo yo no podría?

Encontraremos formas de salir adelante

Estamos juntos y podemos

La comunicación con el niño era:

Darle indicaciones firmes. Empezar a explicarle cómo sería la rutina cuando salieran del hospital, que había cosas que volvería a hacer y otros cuidados que aprenderían a tener para que él estuviera bien.

La actitud del niño era:

Platicaba con quienes llegaban a la sala y nos explicaba que ya se iba, pero que aprendería a cuidarse de otra manera para que estuviera bien. Hablaba de cómo jugaría con sus hermanitos y comentaba lo que les platicaría respecto a que deben comer bien.

Ψ **Cuando el niño ya estaba en casa (ver llamadas de seguimiento).**

La Concepción iba en el sentido de:

Habría cosas difíciles como siempre en la vida, pero podremos salir adelante. Los médicos nos dicen cómo cuidar a Braulio, pero nosotros también pensamos y le damos cuidados y educación porque somos sus padres.

La comunicación con el niño era:

Darle indicaciones firmes. Cuidar su dieta y los ejercicios que hacía, pero platicar con él del futuro, lo que hará y lo que logrará cuando sea grande.

La actitud del niño era:

Platicaba que ya va a ir a la escuela y que le van a comprar una mochila para que eche sus cuadernos, a veces va a faltar para ir al hospital pero va a trabajar bonito y les va a enseñar sus trabajos a sus hermanitos.

En general, puedo responder a la pregunta diciendo que la reconstrucción de la concepción de ésta familia respecto a la enfermedad *influyó determinadamente tanto en la comunicación con el niño y con ello a la actitud de éste, como en la enfermedad misma.*

Finalmente, señalo que aún cuando no incluí en un principio ninguna pregunta al respecto, quiero reportar que el acompañar a la familia permitiéndome hacer contacto conmigo como terapeuta, pero también como mujer y como un ser humano sensible; viviendo mis emociones, mis recuerdos, mis temores, en general mi propia realidad y lo que para mí era verdad respecto a la experiencia que percibía en los diferentes momentos en torno a la familia; el darme permiso de escucharme a mí misma y acompañarme amorosamente, respetando mis propias ideas y sensaciones, fue desde mi propia percepción fundamental en la presente investigación, pues noté que al detectar en mí las emociones y dándoles algún sentido, era evidente el efecto con los miembros de la familia y en su proceso (principalmente, sesiones 1, 2 y 3).

Luego entonces, puedo dar como resultado que al comunicarnos en diferentes niveles, los mensajes que les enviaba eran congruentes con el trabajo personal que estaba permitiéndome tener en mi interior y considero que esto contribuyo para abrir nuevas puertas y encontrar nuevos caminos.

7.2 FACTORES DETERMINANTES DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR

A continuación expongo los principales factores que se encontró que influyen en la comunicación familiar y finalmente se aborda la participación de la terapeuta como parte del sistema.

Señalo que mediante los registros llevados a cabo en cada sesión se identificaron principalmente tres factores que influyeron en la comunicación familiar en la presente investigación:

1. LA CONCEPCIÓN QUE TENÍAN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA RESPECTO A LA ENFERMEDAD EN EL INICIO DE LA MISMA.

Cuando el niño ingresó al hospital la madre comunicaba una “preocupación constante” (anexo 2), pues las enfermedades que habían tenido en su familia previamente, no tenían la sintomatología que estaban experimentando en ésta ocasión, lo que aunado con la necesidad urgente de adaptación a un nuevo estilo de vida, les llevaba a experimentar un estado de alerta permanente y en consecuencia, un gran cansancio.

Velasco y Sinibaldi (2001), aportan que el concepto que los miembros de la familia se hacen de la enfermedad es el asiento de la experiencia subjetiva que se construyen. Por tanto, cuando se expresaba que la enfermedad podría ser más bien un castigo por algo que no podían comprender, pues habían sido personas de bien, que no se metían con nadie (sesión 1 y 6), se puede deducir que la concepción de la familia estaba orientada con un matiz negativo respecto a la experiencia. Lo que les llevaba a actuar dando por hecho que ellos no podían hacer nada pues “solo los doctores” les podían decir qué tenía su hijo y de qué manera podían cuidarlo (sesión 3), lo que se expresaban en su comunicación constantemente.

Desde la visión sistémica, se concibe que la conducta de un miembro de la familia afecta y está relacionada con los demás miembros y dicha conducta es resultado de múltiples causas (Sánchez, 2000), luego entonces, se puede decir que las creencias, ideas y en general, la concepción que tenía cada miembro de ésta familia nutria al mismo tiempo que era nutrida por la experiencia que tenía cada uno de los demás miembros, y que ésta era expresada y transmitida mediante la comunicación que había entre ellos. De éste tema, Watzlawick, Beavin & Jackson (1991), aportaron que existen una serie de mensajes no verbales que también influyen en la información que hay en el proceso de comunicación, es decir, que ésta es también analógica pues no se refiere solamente al lenguaje verbal.

Entre las observaciones hechas respecto a la comunicación en la familia, se encontró que las ideas de los padres eran transmitidas al niño con mensajes verbales y no verbales, ante lo que el niño respondía de manera parecida, pero también había momentos en que los padres respondían a una actitud del niño, pues en el sistema funcionaba el proceso de equilibrio. Al respecto, Bertalanffy (1976), señala que la estructura del lenguaje parece determinar qué rasgos de la realidad serán abstraídos, y con ello qué forma adoptarán las categorías del pensamiento, así mismo, el cómo se ha visto el mundo determina y forma el

lenguaje (verbal y no verbal). Por ejemplo, respecto a los mensajes verbales, cuando le dieron al niño una cruz para que lo cuidara diosito ó cuando le dijeron que no hiciera del baño hasta que los doctores le dijeran, como atribuyendo a ellos el poder absoluto de la situación y su proceso, y respecto a la información no verbal, como cuando el niño lloraba en su cama porque lo separaban de su mamá, mientras ésta lloraba en el pasillo cuidando de que no la viera su hijo (sesiones 3 y 2).

Entonces, como señalan Velasco y Sinibaldi (2001), a partir del diagnóstico, el niño enfermo, así como su familia se enfrentaron a una desorganización, misma que se estabilizó a partir de la manera en cómo se interpretó; luego entonces, como aporta Kübler Ross (Reyes, 1996) fue determinante el estilo de los miembros de la familia para afrontar cada momento.

Finalmente, cabe comentar que a través de las redes semánticas, se obtuvo como dato importante que la familia manifestó lo que más le atemorizaba a través de la palabra clave “Morir”, que significaba entre otras cosas, “no poder hacer nada” y “desesperación”; pero también hacía notar un recurso de afrontamiento que resultó valioso a través de la palabra clave “Viviendo”, que implicaba entre otros significados, “esperanza” y “aprender a vivir así”. Estos datos fueron utilizados en la narración de las metáforas. A continuación hablaré del contexto en que ocurría todo esto que fue encontrado como el segundo factor determinante en la comunicación familiar.

2. EL CONTEXTO AL QUE SE ADAPTABAN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

El que la familia se tuviera que adaptar a un nuevo estilo de vida, viviendo el duelo de su jornada anterior, pero además agregando un permanente estado de alerta o preocupación por la incertidumbre respecto al estado de salud del pequeño, fue un factor determinante para los cambios que tenían en su comunicación.

Como Méndez (2005) señala, en ésta familia los miembros, se centraron al principio en los síntomas más evidentes, así como en los aspectos perceptivos más sobresalientes de la enfermedad, a fin de definirla. Afortunadamente aceptaron la propuesta de recibir desde este momento el apoyo emocional.

Desde la visión sistémica, cabe decir que la familia, se adaptaba a diferentes exigencias de los diferentes momentos por los que atravesaba, exigencias que cambiaron con la variación de los requerimientos tanto físicos (respecto al progreso de la enfermedad), como sociales (respecto a la convivencia que tenían con su red de apoyo y con su nuevo círculo de influencia). Este proceso ocurrió a través de un equilibrio dinámico, llamado homeostasis (Andolfi, 1990).

Por otro lado, de acuerdo con Kübler Ross durante dicho proceso de adaptación cada miembro de la familia vive fases que, aunque no necesariamente llevan un orden, si son características en un proceso de enfermedad como el que vivía esta familia. De manera metafórica (para variar un poco), cito a Capra (1998), quien dice que las diferentes especies que habitamos el universo, podemos adaptarnos, y señala que de hecho, cuando el clima se vuelve más frío, un animal, en vez de correr de un lado a otro para permanecer en calor, desarrolla una pelambre más gruesa.

Para finalizar éste factor, cabe señalar que desde la visión sistémica, la noción de contexto es un elemento fundamental de toda comunicación y significación, por lo que se plantea que no se debe aislar el fenómeno de su contexto, pues cada fenómeno tiene sentido y significado dentro del contexto en que se produce, ésta aportación es retomada en la teoría de la comunicación humana (Bateson, 1993).

3. EL IMPACTO QUE TUVIERON LAS METÁFORAS EN EL ESTILO DE AFRONTAMIENTO QUE UTILIZÓ LA FAMILIA DURANTE SU EXPERIENCIA DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD.

Señalo que de acuerdo a los datos citados en el marco teórico (capítulo 4), la utilización que se hizo de las metáforas, desde la selección de las mismas hasta el momento y el estilo de contarlas, tuvo impacto principalmente en la siguiente forma:

1. La predicción de que sería un proceso del que la familia obtendría un crecimiento mayor (sesión 1).
2. Comunicarnos mutuamente, la familia y la terapeuta más confianza (sesión 1).
3. La posibilidad de que ésta era una etapa que estaba viviendo la familia, que terminaría para dar inicio a la siguiente (sesión 2).
4. La predicción de que habría emociones desagradables, como las que ya tenían, así como habría una experiencia de adaptación pronta (sesión 2).
5. La nueva posibilidad de diferenciar entre lo importante y lo verdaderamente importante para los miembros de la familia (sesión 2).
6. El encontrar fortaleza en el interior, que nos lleva a hacer cosas útiles en ausencia de pensarlo tanto (sesión 3).
7. El hacer automática la protección mental permitiendo entrar lo útil y dejando fuera lo que no lo es (sesión 4).
8. La evidencia de que han existido personas que en situaciones semejantes, se han dado su tiempo de sufrir, para luego lograr elegir como afrontar esa etapa de sus vidas (sesión 6).
9. La posibilidad de cuestionar lo que parecía tan verdadero e incuestionable (sesión 6).

- 10.El asomarse al futuro e ir viendo de qué manera querían, como familia llegar a lo que seguía (sesión 7).
- 11.La posibilidad de mirar la actitud con la que podrían afrontar futuras posibles experiencias difíciles (sesión 7) (ver anexo 7).
- 12.El concientizar a los miembros de la familia, respecto a su participación constante, dentro de la misma (sesión 8).
- 13.Dejar el mensaje post-hipnótico de que se seguirán sorprendiendo con sus respuestas, con sus resultados y con las formas de mirar que van en la dirección que desean (sesión 8).

Quiero aclarar que, aunque la utilización de las metáforas fue desde una influencia Ericksoniana, han existido otros personajes que las han utilizado también en éstos casos. Elizabeth Kübler Ross, por ejemplo, consideraba que en las escrituras, donde abundan ejemplos de lenguaje simbólico, la gente escuchaba más a menudo su cuadrante espiritual, al mismo tiempo que, al personal de la salud nos permitía comprender mejor cuando las personas utilizaban dicho lenguaje para confiarnos sus preocupaciones, sus conocimientos y sus percepciones (Kübler, 2004). Por otro lado, Viktor E. Frankl utilizaba las historias como otra forma de orientar a las personas para acomodar sus experiencias y que encontraran el sentido que podían dar a su vida a partir incluso del sufrimiento (Frankl, 1990).

Por su parte, el estilo en que Milton H. Erickson utilizaba su propio lenguaje para comunicarse con la gente, es desde el marco de referencia de la persona, guiándola posteriormente hacia un marco más útil, recurriendo a romper el esquema y presentar nuevas posibilidades (Erickson, 1962).

Luego entonces y para finalizar el presente factor encontrado, cabe señalar que a través del trabajo de Elizabeth Kübler Ross, Víctor Frankl y Milton H. Erickson con las personas que atendían, demostraron que parte importante de lo que el terapeuta debe hacer que ocurra en terapia, de acuerdo a su propio estilo, es una conexión en la que se transmite un acompañamiento constante y respetuoso, de éste tema se habla en el siguiente apartado.

7.3 LA TERAPEUTA COMO PARTE DEL SISTEMA

Quiero comentar que como terapeuta me sentía afectada por lo que ocurría en el contexto, pero también pude percibirme como parte creadora de dichos sucesos. Brunet y Morell (2001) señalan que el terapeuta familiar es co- creador de la realidad de la familia a través del significado de ésta. Pues, toda mirada sobre la realidad es un acto de construcción, de interpretación, que se hace desde un sujeto (terapeuta y persona atendida) en un contexto (ambiente terapéutico). Entonces, las objetividades no son susceptibles de ser concebidas como realidades absolutas, autosuficientes y completamente independientes de la acción del sujeto; sino que, el ser y el hacer son inseparables en el contexto, lo

que significa que el ser <<humano>> es ser capaz de crear continuamente su representación de la realidad a través del proceso de su vida.

Algunos personajes antes citados por haber contribuido en el trabajo psicoterapéutico utilizando metáforas son: Zeig, 1980; Barker, 1985; Lankton & Lankton, 1989; Selekman, 1996; Robles 2005; Álvarez 2006 y Aguirre & Álvarez, 2007. A continuación retomo elementos abordados en el marco teórico, aportados por dichos autores, y especifico la forma en que fueron utilizados durante el transcurso de la presente investigación. Los siguientes puntos contribuyeron a concebir la co-construcción de la terapia como una oportunidad para crecer y enriquecernos mutuamente, a través de diferentes momentos en la sesión y en todo el conjunto de encuentros durante el proceso:

a) Recopilación de información e identificación de los objetivos terapéuticos.

En cada sesión resulto importante recopilar la información observando el estilo de la familia y encontrando el de la terapeuta para este caso.

Fue importante mantener el foco en el objetivo durante cada encuentro, para lo que se utilizaron también los cuestionarios a la terapeuta. Lankton dice que al identificar el problema o la dificultad, al identificar los eventos característicos del problema, al especificar los cambios que la persona quiere y puede lograr y al identificar qué es lo que hasta el momento presente le ha detenido para lograrlo, es posible utilizar la pregunta: ¿a qué es análogo este objetivo? (Lankton & Lankton, 1989).

Por otro lado, durante las sesiones fue conveniente considerar el contexto de la persona y del problema para mantener congruencia con el mundo y los principios de la familia y la terapeuta en la metáfora que se estaba preparando, así como en el proceso que se estaba llevando.

b) Contextualizar y reencuadrar el problema inicial.

Una vez recuperada la información, se pudo enfocar a la construcción no solo de la metáfora sino del encuentro terapéutico. Lankton señala que la creación de imágenes del terapeuta y su habilidad para involucrar al oyente en el relato, utilizando toda la información recopilada y captando cómo es el efecto del consultante al recibir el relato, crea experiencias internas que sirven de referencia para ir facilitando el logro de la meta (Lankton & Lankton, 1989).

c) Desenlace y verificación.

Al dar un cierre tanto para la historia como para el encuentro, se captó información para revisar que el recurso necesitado para llegar al objetivo terapéutico original, pudiera ser alcanzado (Lankton & Lankton, 1989). Es decir, fue verificar que el escalón que se estaba subiendo, llevaría a otro en el que, al igual que el anterior, se encontraría “algo” que haría saber que se iba en la dirección correcta. Dicha verificación se consolidaba cuando ese “algo” se revelaba como una nueva herramienta que en algún momento la familia requeriría y en efecto, era utilizada.

Pude notar que de manera general los aspectos más relevantes que me fueron útiles para influir en el momento de transmitir la historia fueron:

- 1) Haber generado una conexión entre la familia y yo desde el inicio del encuentro, en la que ambas partes nos permitimos abrir un espacio para cobijar los mensajes que se querían expresar. Para dicha conexión fue importante:
 - 1.1) Explicar el alcance del trabajo. Hacer un consentimiento informado. (anexo 1)
 - 1.2) Saludo respetuoso. Desde el inicio del proceso y en cada sesión.
 - 1.3) Hablar de la confidencialidad. Aclarar su importancia para el proceso y su manejo durante la investigación.
 - 1.4) Escucharnos. Comunicar que era valioso expresar lo que iba surgiendo y hacernos espacio para recibirlo.
 - 1.5) Hablar en primera persona. Comunicar que compartimos el espacio de persona a persona.
 - 1.6) Hacernos preguntas. Contactar con nuestras emociones y compartirlas la experiencia incluso con preguntas.
 - 1.7) Expresar nuestras emociones. Hacer del encuentro un momento en que se podían contactar con emociones que pareciera, no eran bien vistas.
 - 1.8) Tener siempre pañuelos desechables. Comunicar el acompañamiento, y el mantener presente la posibilidad de expresar fluidamente las emociones.
 - 1.9) Hacer aclaraciones, cuando se requería. Respecto a la relación, respecto al proceso y sus implicaciones en la experiencia de la familia en el hospital.
 - 1.10) Estar presente con la familia. No solo en el momento del encuentro, sino en la sala con el niño y estando pendiente del estado de salud del niño.

- 2) Habiendo generado dicha conexión (confianza, honestidad, esperanza, sentir acompañamiento, sentir apoyo), la metáfora tenía como objetivo, acercar a la persona con su vivencia y con la forma en que percibía su realidad, y buscaba también orientarla a mirar otras posibilidades. Podía verificar como estaba recibiendo mi mensaje la familia a través de:
 - 2.1) La expresión corporal de la persona
 - 2.2) El tono de voz
 - 2.3) La mirada
 - 2.4) La respuesta verbal
 - 2.5) Los comentarios
 - 2.6) Las preguntas
 - 2.7) La actitud
 - 2.8) Las soluciones que daban
 - 2.9) Sus conclusiones finales
 - 2.10) Las propuestas planteadas y sus resultados finales

Erickson afirmaba que el terapeuta no debe concentrarse en la técnica, sino en lo que le comunica a la persona. De ahí la importancia que él le daba al hecho de que el terapeuta se conociera a sí mismo, sus propias habilidades, sus propios conocimientos, sus propios valores, sus propias honestidades, pues él creía que el auto conocimiento del terapeuta lo lleva a un sentimiento interno de respeto por sí mismo, con lo que encuentra certeza de lo que puede hacer, ya que se da cuenta dentro de sí, que tiene un sentimiento de confianza en sus habilidades y una buena disposición de hacer su labor, y en caso de ser necesario lo lleva a confesar alguna debilidad, sabiendo que ésta no es señal de inferioridad. Erickson decía que el hombre fuerte puede y hace, por eso gana y merece respeto. (Erickson, 1962)

Finalmente, quiero compartir que mi experiencia al trabajar con esta familia implicó volver a preguntas anteriormente planteadas de manera personal (implícitas en los cuestionarios para la terapeuta encontrados en los anexos), y el resultado que obtuve fue que el sólo hecho de retomarlas era recuperar energía y posteriormente transmitirla. Nunca había tenido tan clara mi participación en la relación con la familia, ni tampoco había sido tan evidente el que al traspasar mis propias barreras, amplió mis horizontes y por ende influyó en los de los demás, pues estamos inmersos en el mismo sistema. Esto lo retomo en el siguiente y último capítulo.

CAPITULO 8:

CONCLUSIONES

José y Dión eran dos renombrados sanadores. Ambos eran muy eficaces, aunque trabajaban de maneras muy diferentes. El sanador más joven, José, curaba escuchando de un modo silencioso e inspirado. Los peregrinos confiaban en él. El sufrimiento y la ansiedad, una vez que penetraban en sus oídos, desaparecían como el agua sobre la arena del desierto y los penitentes se iban alegres y aliviados.

Por el contrario Dión, el otro sanador, confrontaba activamente a quienes buscaban su ayuda. Adivinaba sus pecados inconfesos. Era un gran juez, castigaba, regañaba, rectificaba y sanaba a través de una intervención activa. Trataba a los penitentes como a niños y les daba consejo, los castigaba asignándoles penitencia, ordenaba peregrinaciones y matrimonios y obligaba a los enemigos a hacer las paces.

Los dos sanadores nunca se encontraron y trabajaron como rivales durante años. Un día José enfermó espiritualmente, cayó en una sombría desesperación y fue asaltado por ideas de autodestrucción. Incapaz de curarse a sí mismo con sus propios métodos terapéuticos, partió de viaje hacia el sur a buscar la ayuda de Dión.

Durante su peregrinaje, José descansó una noche en un oasis, donde trabó conversación con otro viajero. Cuando José describió el propósito y el destino de su expedición, el viajero se ofreció como guía para asistirlo en la búsqueda de Dión. Más tarde, en medio de su largo viaje juntos, el viejo hombre reveló su identidad a José. *Mirabile dictu*, él era Dión, el hombre que José buscaba.

Sin vacilar, Dión invitó a su rival más joven y desesperado a que entrara a su casa, donde vivieron y trabajaron juntos durante muchos años. Primero Dión pidió a José que fuera su sirviente. Más tarde lo elevó al rango de estudiante y por último lo hizo su colega de igual jerarquía. Años después Dión enfermó y en su lecho de muerte llamó a su joven colega para que oyera su confesión. Habló de la antigua y terrible enfermedad de José y de su viaje hacia el viejo Dión para rogar su ayuda. Habló de cómo José había sentido que era un milagro que su compañero de viaje y guía resultara ser el mismo Dión.

Ahora que estaba muriendo, había llegado la hora, dijo Dión a José, de romper el silencio sobre aquel milagro. Dión confesó que en aquel momento también había caído en la desesperación. Él también se sentía vacío y espiritualmente muerto e incapaz de sanarse por sus propios medios y había emprendido un viaje para buscar ayuda. La misma noche en que se habían encontrado en el oasis, iba de peregrinación hacia el famoso sanador llamado José. Ambos se habían sanado mutuamente y probablemente la verdadera terapia tuvo lugar cuando pasaron a la honestidad de confesar que eran compañeros de viaje, ambos simplemente humanos, demasiado humanos.

(Citada de Hesse, H. en Yalom, 2002)

CAPITULO 8: CONCLUSIONES

En este capítulo el objetivo es dar las conclusiones generales obtenidas del estudio de caso presentado en la investigación.

Respecto a la estructura de los capítulos se plantean de tal forma que los interesados en utilizar metáforas al trabajar con una familia, encuentran, por un lado, información a cerca de la historia de la que nace la intervención con familias así como la orientación terapéutica que el estilo Ericksoniano propone, y por otro, el conocer elementos que en la presente investigación resultaron valiosos durante la interacción con el caso atendido.

Para empezar se señala que en cuanto a la forma en que esta familia que tenía un miembro de tres años, enfermo de leucemia, reconstruyó su concepción respecto a la enfermedad, se descubrió que fueron muy valiosos dos aspectos, en primer lugar, la concientización como terapeuta de la participación que estaba teniendo en el sistema hospitalario y en la relación con la familia, pues así, se logró mirarles, sentirles y acompañarles como terapeuta, pero también como un ser humano sensible. Y en segundo lugar resultó importante el narrar las metáforas en el estilo hecho. Se considera, al final, que ambos aspectos fueron valiosos y que uno lleva al otro.

Al iniciar la investigación, se encontró que la familia miraba la enfermedad como algo tan malo que podría ser más bien un castigo. Los miembros daban por hecho que ellos no podían hacer nada pues solo los doctores les podían decir qué tenía su hijo y de qué manera debían atenderlo. Posteriormente se pudo notar que en la comunicación interna de la familia se permitieron ser más claros, reconociendo en sí mismos emociones e ideas que les dominaban en algún momento y cuando se las transmitían al otro adquirían mayor fuerza en su núcleo íntimo, lo que se vio reflejado cuando lograron establecer una relación diferente a la inicial con los doctores y el personal de salud. Así mismo se pudo notar que la calidad de vida de la familia fue cambiando a medida que se iban uniendo.

Por otro lado, las metáforas elegidas y la forma de entregarlas fueron útiles para hacer del encuentro un espacio propicio para la construcción de nuevas concepciones, para cuestionar la realidad a la que hasta ese momento se habían estado enfrentando, para reenfocar la orientación de la experiencia que la familia vivía, y finalmente influyeron en ir flexibilizando la visión de la familia en diferentes circunstancias y encontrar así nuevas posibilidades. Se pudo observar que abrieron puertas nuevas con la concientización de sus propios recursos, lo que se hizo evidente con el cambio de actitud de los miembros y el cuidado en la salud del niño.

Cabe señalar que la reconstrucción del concepto que la familia tenía de la enfermedad fue fundamental para que la comunicación al interior se alterara, y dicha comunicación al interior contribuyó en la reconstrucción del concepto de los miembros. Entonces respecto a la influencia de la concepción de la familia, se

encontró que es esencial también para el estilo de afrontamiento de los miembros, y se observó que es precisamente en la comunicación durante cada interacción, donde se fue preparando y nutriendo el ambiente de trabajo del que también fue parte la terapeuta y desde donde se pudo incidir en dicha concepción.

Así pues, se considera que el reconocimiento de las propias emociones por parte de la terapeuta, en diferentes momentos y ante diferentes circunstancias, contribuyó para crear un ambiente en el que la familia se sintiera con confianza para tener apertura, y después, durante la interacción se pudieron tomar y devolver elementos para utilizar la metáfora como un complemento al ambiente ya creado.

Luego entonces, durante la investigación se encontraron similares los procesos de construir y de narrar las metáforas, así como el de la co-creación misma, tanto de la sesión terapéutica como de todo el proceso en conjunto, pues fue útil hacer que el momento de entregar la metáfora fuera el resultado de la conexión hecha desde el inicio del encuentro.

Así, de acuerdo a las observaciones hechas durante cada sesión con la familia, considerando las entrevistas a la terapeuta, se proponen los siguientes elementos para la co creación del ambiente íntimo entre el terapeuta y la familia, así como para la preparación de cada metáfora:

- ☉ La honestidad con la propia persona del terapeuta en relación a sus emociones respecto al caso. Permitirse contactar.
- ☉ Ocuparse de dichas emociones personales (asesorías, terapias, etc). Encargarse de su mantenimiento emocional.
- ☉ Compartir con la persona consultante sus percepciones, abrirse y preguntar.
- ☉ Concientizarse de la influencia que puede estar teniendo en el presente y a futuro en la vida de cada miembro y de la familia.
- ☉ Encontrar dentro de sí, nuevas posibilidades de crecimiento, para transmitirlo incluso sin explicarlo.
- ☉ Darse permiso de descubrir el propio estilo, sin necesidad de imitaciones.
- ☉ Enfocar dicho estilo en los objetivos terapéuticos presentes y a la vez, disponerlos a un fin mayor (que podría ser visto a futuro).

La relevancia de esta investigación no sólo es aportar elementos para la utilización de metáforas, sino valorar la “limpieza de la casa del terapeuta”. Se encuentra que

así como la gente nos abre la puerta de su casa, (metafóricamente hablando, para no desentonar) es decir, de su ser, exponiendo sus emociones, sus fantasías, sus ilusiones, sus recuerdos, sus creencias y en general sus verdades, y lo hace a través de sus actitudes, de su diálogo, de sus mensajes; también nosotros como profesionales de la salud, automáticamente abrimos la puerta de nuestra casa y de nuestro ser; solamente hay una diferencia importante, podemos pretender que no es así, que la gente que nos consulta no capta todo lo que nosotros en ellos, la fantasía es pensar que ellos no saben porque no son psicólogos. Sin embargo concluyo que se puede ganar más en el proceso terapéutico, si somos conscientes de que al aceptar que tu abres tu casa, también estoy abriendo la mía, pues nos estamos comunicando en diferentes niveles, luego entonces, mi propuesta es permitámonos brindar una casa limpia y cuidada a nuestros visitantes, atendiendo aquello que notamos que falta seguir acomodando dentro, pues eso será reflejado en el resultado del proceso.

Una limitación en este trabajo, fue la de no haber realizado una comparación con otras intervenciones en las que no se trabajara con metáforas ó bien, en las que se trabajara con otros estilos de utilización de las historia y valorar lo que aporta el trabajo con ellas, para incluso proponer casos en los que se puede utilizar cierto estilo de intervención. Se aclara que el haber realizado dicha comparación, habría modificado la dirección inicial de la presente, sin embargo se propone considerar dicho tema para investigaciones futuras.

Finalmente respecto a los efectos de la utilización Ericksoniana de metáforas en la comunicación de familias con un niño enfermo de cáncer, se concluye que la concepción de la familia no solo influye en la comunicación y en la actitud de cada miembro, especialmente del niño enfermo, sino también en la evolución de la enfermedad misma. Aunque estudiar específicamente el progreso de dicha enfermedad y su relación con la comunicación intrafamiliar sería otra posibilidad para futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, N. (1988). *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares*. Buenos Aires: Paidós.
- Aguirre, Y. (2004). *La psicoterapia un proceso de autoconstrucción. Los Cimientos*. México: Alom Editores.
- Aguirre, Y. (2005). *La psicoterapia un proceso de autoconstrucción. La Propuesta*. México: Alom Editores.
- Aguirre, Y. & Álvarez, M. (2007). *Historias para contarse... y crecer juntos*. México: Alom Editores.
- Álvarez, J. (2007). *¿Cómo hacer investigación cualitativa? Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Álvarez, M. (2006). *Efecto de la narración de historias en la generación de nuevas ideas y percepciones: Un enfoque Ericksoniano*. Tesis de Maestría no publicada, Centro Ericksoniano de Mexico, Guanajuato, México.
- Andolfi, M. (1990). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. México: Paidós.
- Armendáriz, R. (2002). *P.N.L. transforma tu vida*. Bogotá: Pax.
- Barker, P. (1985). *Using Metaphors in Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Bateson, G. (1993). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. España: Martínez Roca.
- Bellmunt, M. (2005). *Entre los modelos de terapia familiar del siglo XX y los del siglo XXI existe un cambio de paradigma o una continuidad*. Tesis de Licenciatura no publicada, U.N.A.M., México.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Brunet, I & Morell, A. (2001). Epistemología y Cibernética. *Papers: Revista de sociología*. (65) 31- 45. Recuperado de <http://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n65p31.pdf>.
- Buckman, R. (1995). *La muerte de un niño*. Santa Fe de Bogotá: Kimpres.
- Capra, F. (1998). *El punto crucial*. Argentina: Estaciones.

- Casciato, A. (1990). *Manual de oncología clínica*. España: Salvat Editores.
- Chopra, K. (2000). *Su vida está en sus manos*. España: Plaza & Janés.
- Córdova, E. (2004). Evaluación familiar y del desarrollo de dos niñas, hijas de padres con vih/sida. *Perinatología Reproducción Humana*. 18(2): 132-148.
- Cota, A. y Mendonca, A. (2003). *Abriendo puertas con amor*. México: Alom Editores.
- Dameshek, W. y Gunz, F. (1967). *La leucemia*. España: Científico Médica.
- Di Silvestre, C. (1998). Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad. *Cinta de Moebio*, (4). Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10100407>.
- Diccionario de la Real Academia Española (2001). (Versión electrónica). Recuperado de http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=met%C3%A1fora.
- Dilts, R. Hallboom, T. y Smith, S. (1996). *Las creencias*. Barcelona: Urano.
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar*. México: Pax.
- Elkaim, M. (1996). Ecología de las ideas. Constructivismo, construccionismo social y narraciones. *Perspectivas Sistémicas*. (42). Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/articulo42-1.htm>.
- Erickson, M. (1962). Milton H. Erickson on hypnotic induction. En D. Short (Ed.). (2001) Milton H. Erickson, M.D.: Complete Works Version 1.0. Phoenix: The Milton H. Erickson Foundation Press.
- Erickson, M. & Rossi, E. (1977). Autohypnotic Experiences of Milton H. Erickson. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 36- 54.
- Estapé, J. (1982). *Cáncer. Diagnóstico de extensión estrategia terapéutica*. España: Salvat Editores.
- Estremaro & García, (2003). Ciclo vital. Crisis Evolutivas. Recuperado de: <http://www.foroaps.org/files/Ciclo%20Vital%20%20%20.pdf>.
- Frankl, V. (1990). *Ante el vacío existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (1999). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

- González, O. Fonseca, J. y Jiménez, L. (2006). El cáncer como metáfora de muerte o como opción para resignificar la vida. *Dialnet*, 2(2), 259-277.
- Grau, J. (1997). La psicología en la lucha contra el cáncer: hechos y posibilidades. *Nueva Época*, (9), 137-142.
- Haley, J. (1989). *Terapia no Convencional*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Hoffman, L. (1990). *Fundamentos de la terapia familiar. Un cambio conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de cultura económico.
- Holland. J.C. (1998). *Psycho-oncology. Antology*. New York: Oxford University.
- Jutoran, S. (1994). El Proceso de las Ideas Sistemico-Ciberneticas. *Sistemas familiares*. 10(1). Recuperado de <http://www.click.vi.it/sistemiecture/Jutoran.html>.
- Kershaw, C. (1994). *La danza Hipnótica de la Pareja*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Krause, G. (2005). *Tejiendo sueños y realidades. Aportaciones del paradigma holográfico a la psicoterapia ericksoniana*. México: Alom Editores
- Kübler, E. (1993). *Carta para un niño con cáncer*. España: Ediciones Luciérnaga.
- Kübler, E. (2002). *La Rueda de la Vida*. Barcelona: Ediciones Grupo Zeta.
- Kübler, E. (2004). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
- Lankton, C. & Lankton, S. (1989). *Tales of Enchantment. Goal- Oriented Metaphors for Adults and Children in Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lao Tsé (1988). *Tao Te King*. España: Clásicos Ucieza.
- Lewis, J. (1998). Curando la leucemia infantil. *Revista de la Academia Mexicana de Ciencias*, 49 (3), 38-55.
- Ludewig, K. (1996). *Terapia Sistémica*. España: Herder.
- Martínez, M. (2001). *Comportamiento Humano. Nuevos métodos de Investigación*. México. Trillas.
- Martínez, V. & Maya, R. (1998). *La creación de metáforas en la relación Padres-Hijos*. Tesis de Licenciatura no publicada, U.N.A.M., México.

- Maturana, H y Varela, G. (1998). *El árbol del conocimiento*. Buenos Aires: Universitaria.
- Mc Goldrick, M. & Gerson, R. (1987). *Genogramas en la evaluación Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Méndez, J. (2005). Intervención emocional y conductual para el niño con cáncer y su familia. *Gamo*. 4 (3): 60- 64.
- Minuchin, S. & Fishman H. (1992). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1995). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., Yung, W. & Simon, G. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. (1993). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, B. y Hudson, P. (1996). *Amor es amar cada día*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Weiner Davis, M. (1997). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa de Alda (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.
- Palomares, C. (2001). *Inventario de calidad de vida del niño con leucemia linfoblástica aguda: creación, confiabilidad y aplicación*. Tesis de Licenciatura no publicada, U.N.A.M., México.
- Reyes, L. (1992). *Depresión y Angustia*. México: Curso fundamental de Tanatología.
- Reyes, L. (1996). *Acercamientos tanatológicos al enfermo Terminal y a su familia*. México: Curso fundamental de Tanatología.
- Robles T, Eustace R, Fernández C. (1987). *El enfermo crónico y su familia*. México: Colección Construcciones.
- Robles, T. (1991). *Terapia cortada a la medida. Un seminario con Jeffrey K. Zeig*. México: Alom Editores.
- Robles, T. (1999). *La magia de nuestros disfraces*. México: Alom Editores.

- Robles, T. (2005). *Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia*. México: Alom Editores.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. México: Aljibe.
- Ruiz, G. (1996). *Actualización en leucemias*. México: Medica Panamericana.
- Sampieri, R. Collado, C. & Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sefchovich, G. (1999). *Aprendiendo del cáncer*. México: Pax.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. Barcelona: Gedisa.
- Taylor (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. México: Paidós.
- Taylor, S.J. y R. Bogdan (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Valdez, J. (2002). *Las redes Semánticas Naturales Usos y Aplicaciones en Psicología Social*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valencia, O. G. (1996). El ciclo vital de la familia. *Revista mexicana de seguridad social*. (39) 74-80.
- Velasco, M. L. y Sinibaldi, J. F. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia. (sistemas, historias y creencias)*. México: Manual Moderno.
- Vélez de Cea, A. (1998). *Buddha*. Madrid: Del Orto.
- Watzlawick, P. (1988). *La realidad inventada*. Argentina: Gedisa.
- Watzlawick, P. Beavin, H. y Jackson, D. (1991). *Teoría de la Comunicación Humana*. Buenos Aires: Herder.
- Whitman, W. (1999). *Canto a mí mismo*. España: Edimat.
- Wiener, J. & Dulcan, M. (2006). *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. New York: Masson.
- Yalom, I. (2002). *El don de la terapia*. Buenos Aires: Emecé.

Zeig, J. (1980). *Un seminario didáctico con Milton H. Erickson*. Argentina: Amorrortu.

Zeig, J. & Guilligan, S. (1990). *Terapia Breve. Mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Me dirijo a usted con un cordial saludo, para solicitar su participación en la investigación: “Efectos de la utilización Ericksoniana de metáforas en la comunicación de familias con un niño enfermo de cáncer. Estudio de casos”. En la modalidad de: Tesis de Licenciatura.

Es importante que usted sepa que la presente investigación tiene como objetivo descubrir de qué manera puede reconstruir sus ideas y pensamientos respecto a las características generales del proceso que está viviendo al tener a su hijo(a) enfermo(a), y que con esto, usted aprenda a utilizar las nuevas ideas y pensamientos para lograr una comunicación saludable con su hijo(a) y otros miembros de su familia. Posteriormente, al difundir la información encontrada se busca dar a conocer los resultados obtenidos, por un lado, porque éstos pueden contribuir a las experiencias que viven otras familias que se encuentran en una situación parecida a la que ustedes están ahora, y por otro, para que los resultados obtenidos sean tomados en cuenta para futuras investigaciones.

Para lograrlo, se requiere su participación durante 10 sesiones de aproximadamente una hora cada una.

Agradezco de antemano su colaboración.

México, D.F. a _____ de _____ de 20____

Responsable: Mtra. Xochitl Prado
Serrano

Directora de Tesis: Mtra. Ma. Yolanda
Aguirre Gómez

PP. Aurora Valdez Morales

Familia

PREGUNTAS ORIENTADORAS DE LA ENTREVISTA INICIAL

No. de Sesión: 1

Fecha: 9/5/08

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Familia: López Ortiz

Dirección: Información confidencial

Teléfono: Información Confidencial

Se registrarán los siguientes datos con la familia:

Nombre	Edad	Ocupación	Actividades que prefieren realizar
Javier López Castillo	30 años	Ayudante de albañil	Jugar con los niños en el parque.
Eliza Ortiz Velasco	26 años	Hogar	Estar con niños, ayudarles con la tarea y salir al parque.
Bryan López Ortiz	6 años	Estudian	Jugar en el parque.
Viry López Ortiz	6 años	Estudian	Jugar en el parque.
Braulio López Ortiz	3 años	Jugar	Jugar con sus hermanitos en el parque.

¿Ha tenido alguna experiencia psicoterapéutica? ¿Cuál y como fue? No

¿Qué enfermedades han tenido en su familia y como las han tratado?

Gripas, les dan antibiótico y en 3 días ya están bien, su hijo en especial ha sido muy sano y aprendió a hablar y caminar como otros niños o incluso antes.

Describanme cómo fue su día el martes pasado (sentimientos y actividades): (Esta pregunta está enfocada al periodo anterior a cuando se enteraron de la enfermedad del niño)

Ella (la señora) solo se dedicaba al hogar y su esposo a trabajar. En la tarde regresaba su esposo y compartían la cena e incluso, en ocasiones salían a jugar al parque cercano a su casa.

Describan un día de su vida antes de saber de esta enfermedad (sentimientos y actividades):

Se sentían normal sin preocupaciones diferentes a las de su rutina; la educación de los niños, las tareas escolares, el aseo de la casa y lo que iba a quisar en el día.

¿Cómo son las respuestas de la familia cuando han tenido que cambiar su vida cotidiana?

Ahora sienten que las cosas son muy difíciles y están todo el tiempo muy preocupados.

¿Cuál es la secuencia de conductas en torno a esta situación? (De acuerdo a la fase en la que se encuentra la familia)

Ahora tiene que encargar a sus otros hijos para venir al hospital y su esposo se viene después del trabajo para estar durante la noche con el niño.

¿Qué creen que podría ocurrir a la familia si esto (la enfermedad o lo que contesten antes) sigue existiendo en el futuro?

No lo sabe, pero siente mucho miedo y preocupación.

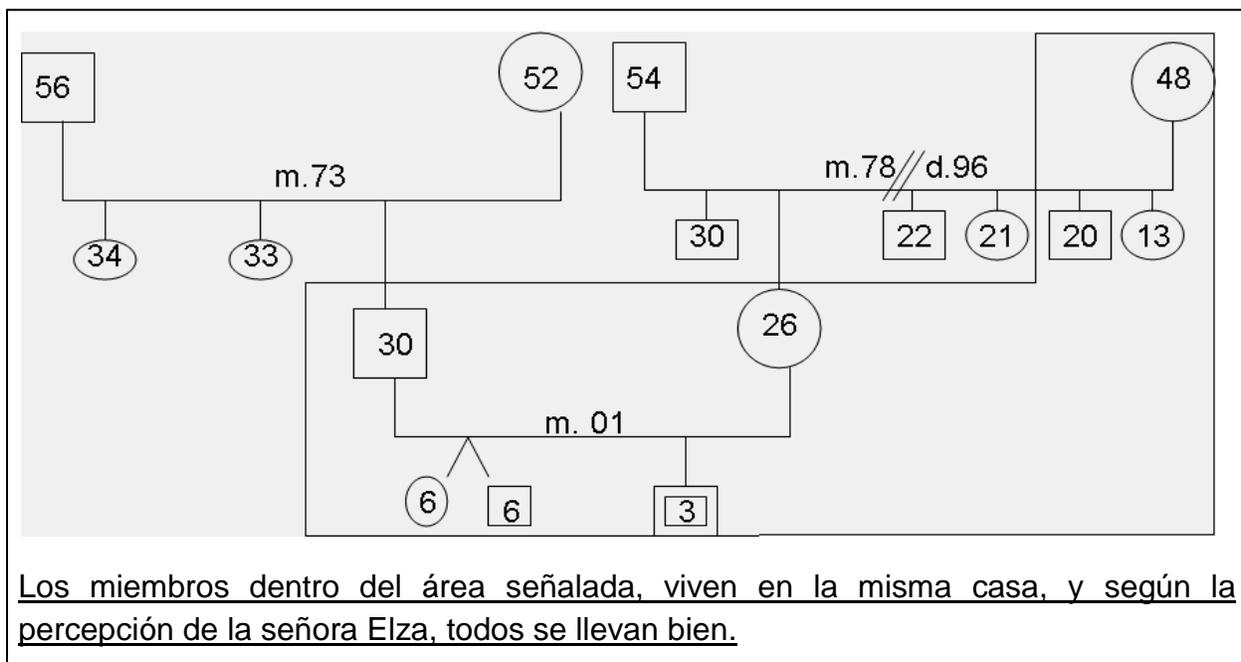
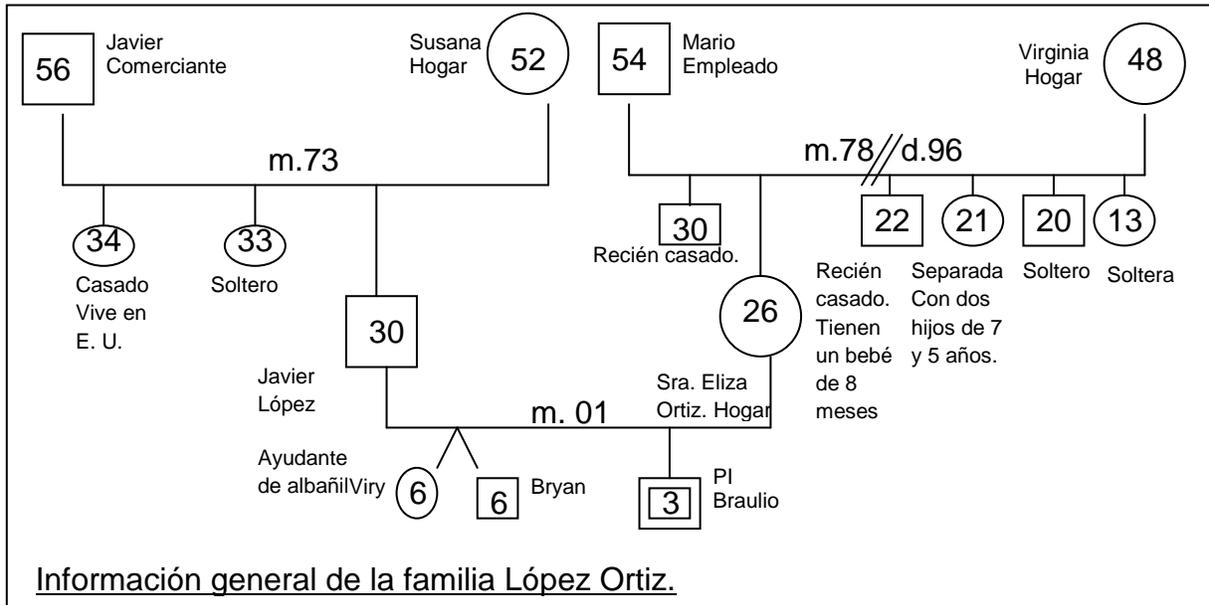
¿Al asistir aquí, qué meta van a alcanzar?

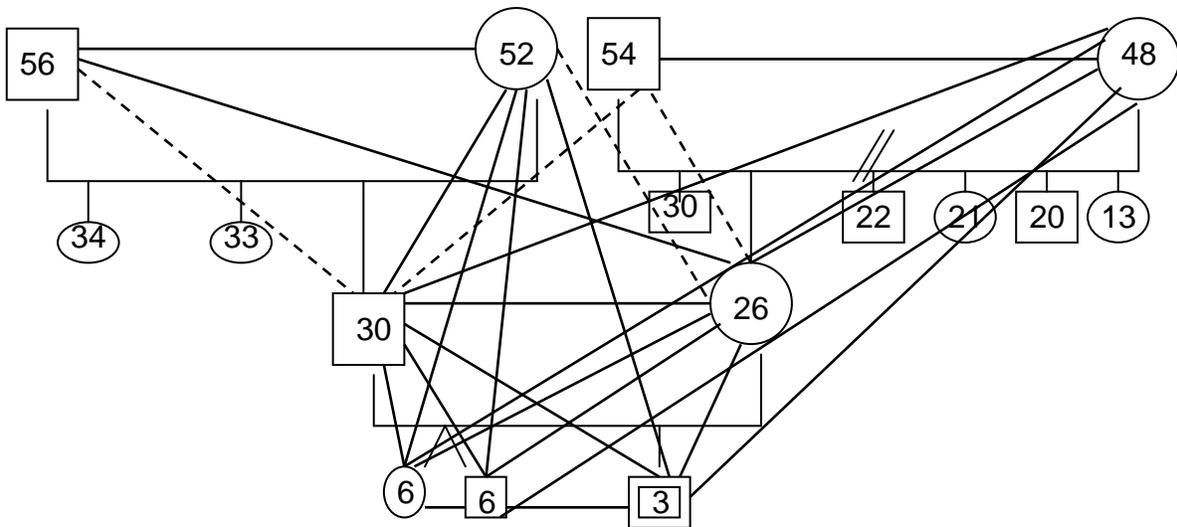
Quiere orientación porque no tiene a quien expresarle lo que siente y sus dudas, por eso quiere sentirse orientada en éste espacio. Y por otro lado quiere aprender a tratarlo, desea comunicarse lo mejor posible con él.

ESTRUCTURA FAMILIAR (GENOGRAMA):

No. de Sesión: 1

Fecha: 9/5/08





Aquí, se muestran algunas relaciones cercanas al niño enfermo y a su familia nuclear.

ENTREVISTA INICIAL PARA LA TERAPEUTA (1)

No. De Sesión: 1

Fecha: 9/5/08

1. ¿Cuáles son mis objetivos con esta familia?

Mi objetivo principal es contribuir con mi comunicación a que ésta familia se fortalezca y se comunique más sanamente, especialmente con su hijito.

2. ¿Tengo objetivos particulares con alguna persona en especial de la familia?

Con la señora, al ser la única que veo, deseo comprenderla y fortalecerla. También deseo que encuentre sentido con lo que hace en la relación de ella y su familia.

3. ¿De qué manera mi trabajo con esta familia contribuirá a su meta?

Deseo que vayamos viendo las creencias que tiene para identificar sus recursos y fortalezas, con esto deseo que vaya encontrando su fuerza interna. Creo que esto le será útil, por un lado, para buscar la orientación que desea en donde haya que buscarla, y por otro lado, para encontrar desde sí misma la forma de comunicarse con su familia, especialmente con su hijo, que es ahora quien más le preocupa.

4. ¿Identifico alguna creencia limitante mía que haya surgido a través de ésta familia?

Me doy cuenta de que siento miedo de sufrir durante el proceso, mientras acompaño a ésta familia. Creo que por un lado puedo revivir los procesos de perdidas que yo he tenido en mi vida personal y por otro, creo que puedo encontrarme con el paralizarme por el miedo al miedo. Creo que esta sensación también la siente ésta familia.

5. ¿Qué ganchos compartimos la familia y yo?

Un gancho que percibo que existe en éste medio, no solo para la familia y para mi, sino también para las enfermeras, los doctores y las otras psicólogas del hospital, es que todos queremos cuidar y proteger, algunos sólo al niño, otros también a la familia, sin embargo creo que al poner sobre nosotros mismos y hacia el equipo, expectativas demasiado altas podemos frustrarnos y sentirnos solos contra los demás.

Nota:

Me parece que es importante ver qué actitud voy a tomar yo ante esta situación ya que hay cosas que no puedo cambiar, algunas no las podemos cambiar como humanos y me parece necesario decidir desde éste reconocimiento de mis propias emociones y ganchos, de qué manera me relacionaré con los demás y cómo va a ser mi estilo para acompañar a esta familia ahora.

ENTREVISTA INICIAL PARA LA TERAPEUTA (2)

No. De Sesión: 2

Fecha: 14/5/08

Con base a la información recibida durante la entrevista inicial:

Creencias y Valores sobresalientes de la Familia (especialmente respecto al asistir al hospital):

Percibo durante la conversación que ésta situación es un cambio radical, estar en el hospital es estar muy preocupados y a la expectativa de lo que pasará pues todo depende de los doctores, de lo que ellos digan y hagan.

¿Que identifico que ellos se dan y reciben?

Entiendo que en ésta familia se dan mutuamente tiempo pues regularmente pasaban todo el día juntos, al menos madre e hijos, también se dan afecto y el compartir sus experiencias.

Posibles alianzas existentes en la familia:

Posiblemente ambos progenitores estén aliados con su respectiva familia de origen, en tanto los hermanitos de Braulio estén aliados tal vez contra él.

¿Cómo ha vivido la familia el cambio en su vida cotidiana con la enfermedad?

Antes estaban todos los días juntos, ahora la señora deja encargados a sus otros hijos, para estar con Braulio en el hospital. Antes salían al parque cercano a su casa por las tardes, ahora dedican todo el día a Braulio, pues van por los medicamentos que les piden y hacen los tramites que el hospital solicita. Antes el señor trabajaba en el día y llegaba en la tarde a su casa, donde comían y jugaban, ahora saliendo del trabajo, se va para el hospital pues le toca cuidar de Braulio por la noche. Y en general, antes pensaban en las cosas más habituales, lo de rutina, cosas como: la escuela, la comida y posibles paseos aunque fuera al parque, ahora pasan la mayor parte del día y de la noche pensando en el padecimiento que pudiera tener Braulio, los cuidados que se requerirán y las posibles complicaciones que podrían surgir, ya que “en cualquier momento se pueden poner mal los niños”, es la frase más común en ésta sala.

¿Cuáles son los recursos más sobresalientes que presenta esta familia?

Percibo que tienen como recurso el amor que se tienen mutuamente y a partir de ahí la disposición, paciencia, cuidado y responsabilidad que tienen para adaptarse a éste nuevo periodo que están viviendo en su vida familiar.

¿Cómo es la disposición de la familia para este tratamiento?

Los siento dispuestos aunque con mucho miedo y una serie de emociones que ni ellos han reconocido todavía. También los percibo preocupados y cuidándose para no sentirse culpables si la enfermedad de Braulio se complica y muere. Observo que no hablan de éste tema con apertura y percibo que le tienen mucho miedo, lo vivo como si me comunicaran con su actitud que no hablemos de esa posibilidad, siento que me solicitan que les inyecte esperanza.

¿Cómo se han adaptado hasta hoy a los cambios en su vida cotidiana?

Por ahora lo que han hecho es organizarse diferente y comprometerse por la salud de su hijo, como lo dije antes, siento que también por no sentirse culpables.

¿Qué valora la familia?

Interpreto que ésta familia valora el tiempo que se brindan, la discreción, como que hay cosas que solamente son de ellos, valora el afecto que se brindan, las palabras de aliento, el sentirse acompañados y respaldados, saber que no están solos.

¿Cuáles son las posibles limitantes para su tratamiento?

Que no están habituados a expresar sus ideas. Tengo la percepción de que tanto el padre como la madre de Braulio actúan como niños obedientes que sólo creen y hacen lo que les indican que está bien hecho. Por otro lado me llama la atención la conducta de la señora cuando no quita su mano de la boca al hablar, incluso siento que evita hablar y expresar sus inquietudes, especialmente con los médicos. Y por su parte, siento al señor como con ganas de huir tal vez en el trabajo, pero también percibo que podría ser ingiriendo algún tipo de sustancia que le permitiera fugarse de la realidad por un momento.

¿Cómo fabrican dichas limitantes?

Creo que pueden estar fabricando éstas limitantes al estarse auto juzgando, o al ponerse una voz, que no es de ellos, tal vez la voz de mamá, de papá o alguna otra que les dice que podría estar mal lo que quieren preguntar o hacer. Además puedo interpretar que buscan la consecuencia, es decir, el no ser rechazados, reprendidos o culpados, yo creo que por ellos mismos, sin embargo utilizando voces ajenas. Por otro lado, creo que el señor fabrica su querer fugarse cuando se siente presionado, como si él tuviera que resolver todo y hacerlo bien para proteger a su familia.

¿Qué pautas o secuencias siguen para dicha fabricación?

Creo que primero es disociarse y pensar lo que los demás pensarían de lo que cada uno en lo personal (el señor y la señora) está pensando. Después el hacer lo que suponen que sería aprobado, pero sintiendo también la duda pues podría ser que se equivocaran. Por su parte el señor puede primero encerrarse en no querer

hablar con nadie, luego pensar que no está haciendo lo que debería para proteger a su familia y finalmente auto juzgarse tan duro que prefiera no mirar lo que está interpretando como una falla de su parte, por la cual merecería ser castigado.

Qué habilidades considero que tengo desarrolladas y cuáles me falta desarrollar para atender este caso:

Creo que sé escuchar y contactar amorosamente con la gente, siento que puedo acompañar a ésta familia en sus emociones aunque sean dolorosas y haya momentos en los que ni siquiera ellos las quieran vivir. Por otro lado me falta desarrollar la habilidad de ser honesta con lo que estoy sintiendo, creo que puede haber momentos en los que la familia me diga verbalmente algo y yo pueda estar recibiendo además otro mensaje, que sin anular al primero es información que podré utilizar si desde mi honestidad y haciéndome caso, actúo profesionalmente. También siento que me falta desarrollar la habilidad de no engancharme con lo que ellos están viviendo, puede ser que me recuerden algunos momentos de mi vida en los que me he sentido mas o menos así y debo saber cómo lo manejaré conmigo para hacerlo con ellos, probablemente dándome cuenta de que ellos no son yo, ni mi familia, y cediéndoles su derecho de vivir su propia experiencia a su propio estilo, mientras siento cómo los acompaño sin juicio.

**ENTREVISTA PARA LA TERAPEUTA DE LAS PERCEPCIONES QUE SIENTE
CON LA FAMILIA**

No. De Sesión: 5

Fecha: 20/6/08

Percepciones del Terapeuta:

Ψ ¿Qué estaría bien que hiciera para que la dinámica familiar fuera en camino a la meta?

Considero que sería útil comunicar que doy por hecho que la actitud de la familia frente a la enfermedad va en la dirección correcta, es decir, que ya están adquiriendo estrategias nuevas para comunicarse entre ellos e incluso que están aprendiendo a hacerlo con el personal del hospital.

Ψ ¿Con qué quiere esta persona que la alimenten?

Percibo que la señora y el señor desean ser alimentados con afecto, con aceptación, con comprensión. El niño creo que quiere que lo alimenten con atención y cuidado.

Ψ ¿A qué piensa que tiene derecho?

Creo que los señores hasta ahora han actuado como si por el hecho de que su hijo está enfermo, como familia sólo tuvieran derecho a sufrir y a esperar.

Ψ ¿Conozco evidencia o referencia de otra persona que se ha movido de ahí?
¿Cómo hizo?

Creo que ha habido varias personas que se han movido del esperar hacia la elección de su actitud personal y de canalizar su energía hacia la acción, por ejemplo, Víctor Frankl, Louise L. Hay ó Galia Sefchovich.

Ψ ¿Esta persona necesita que le atiendan?

Percibo que toda la familia requiere y solicita atención, de una u otra forma.

Ψ ¿Esta persona necesita empatía?

Sí, creo que cada miembro de la familia quiere sentirse comprendido.

Ψ ¿Esta persona necesita confrontación?

Probablemente los señores, pero todavía no estoy segura de eso.

Ψ ¿Esta persona necesita creatividad?

Sí creo que la familia requiere desarrollar habilidades para ser más creativos, y creo que esto les serviría para comunicarse mejor.

Ψ ¿Esta persona necesita apoyo?

Sí. Considero que en estos momentos todos los miembros necesitan apoyos, sentirse acompañados, que no están solos.

Ψ ¿Creo que sería un buen método con ésta persona la atención, empatía, etc.?
Sí y creo que se las puedo transmitir siendo auténtica, permitiéndome sentir y compartiendo de mí con ellos con naturalidad.

ANALOGIAS

Ψ ¿A qué se parece el problema (que describe esta familia)?
A algo oscuro, sin forma, sin salida.

Ψ ¿A que se parecen las personas?
A algo frágil, débil, incierto.

Ψ ¿A que se parece el sistema?
A algo que gira y gira pero que apenas está encontrando su rumbo.

Ψ ¿A que se parece la solución?
A luz, a forma a fortaleza y aprendizaje, seguridad.

Ψ ¿A qué se parece mi participación?
A un calorcito rico, muy agradable para los cercanos, que les lleva a mirar lo que antes no veían.

Ψ Patrones repetitivos de lenguaje:
La señora repite: “Como dice la doctora” y “de hecho”

Ψ Movimientos constantes:
La mano de la señora con mucha frecuencia la pone en su boca cuando habla. El señor se agacha cuando le hablan los doctores. Los dos hablan lento y sus miradas a veces están ausentes.

Ψ El mensaje sencillo y directo para lograr lo que quiero:
“Los seres humanos somos seres capaces y siempre podemos”.

Ψ Meta terapéutica con ésta familia:
Transmitirles fortaleza y confianza en ellos mismos.

ENTREVISTA PARA LA TERAPEUTA POR SESIÓN

No. De Sesión: 7

Fecha: 16/7/08

1. Reporte de Cambios:

La actitud de la señora es diferente ahora, durante la sesión no se agarró la boca, su voz fue con mayor firmeza y su manera de resolver la situación buscando a otra doctora muestra mayor determinación y seguridad. El objetivo para la sesión es que la señora descubra la importancia de su actitud, orientarla a preguntarse en lo sucesivo hasta donde puede tomar decisiones y las consecuencias que eso tiene para su familia.

2. Palabras clave durante la sesión. Tema principal:

El tema principal fue identificar los logros obtenidos hasta ese momento y reforzarlos.

Palabras clave: Esperanza que dan los demás (depende de ellos) Vs Esperanza buscada y encontrada (depende de quien la desea, en éste caso la señora).

3. Conclusión ó mejor aprendizaje:

Lo que la señora concluye de la sesión es que puede identificar en ella las siguientes habilidades que antes no había desarrollado: escuchar más, ser más paciente, ser más humanitaria y comprensiva con los demás, prevenir, pensar a futuro, ser más amorosa con los demás especialmente con sus hijos y con su esposo y expresar lo que piensa.

4. Esquema para metáfora:

INFORMACIÓN	METÁFORA: “LOS DOS HERMANOS”
La doctora dijo: “Estamos haciendo lo que podemos”	Los elementos que tenían en su vida los dos hermanos eran adversos.
La señora buscó otras alternativas, sin perder de vista <i>lo importante</i> ¹² .	Uno de los hermanos, se preguntó (se dio voz), en lugar de dar por hecho y asumir.
Encontró a otra doctora y sentía miedo de las consecuencias que se imaginaba.	Encontró su motivo de vida y tomó fuerza de su propio dolor, para salir adelante.
Se construyó un resultado que sí le dio esperanza.	Se construyó un resultado que inspira.

¹² Ver la segunda sesión: “Recuerda lo Importante”.

5. En una escala de 0 al 10 en que lugar me pongo mi intervención, y porque:
Mi intervención la pongo en un 9, siento que durante la sesión estuve concentrada y utilizando la información que recibía de la señora y la que había procesado de la sesión anterior a ésta. Sin embargo, pude identificar que el área que elegí para trabajar estaba sucia por lo que ocupamos tiempo en limpiarla y me parece que eso lo puedo prever.

6. Tarea para mi, de práctica o de investigar:
Será importante mirar cuales alternativas he buscado, en donde he encontrado lo que deseo, cuales limitantes he asumido sin cuestionar y encontrar-me nuevas posibilidades.

7. Propuestas posibles para enfocar la próxima sesión:
Será prudente desglosar los logros que ha tenido la familia y las formas para continuar cuidando de su salud física, pero también de su comunicación intrafamiliar. Además de tener a la vista la actitud del señor.

PRIMER PALABRA CLAVE: DIOS	
<i>Definidoras</i>	<i>Jerarquización</i>
Es bueno	Nos cuida
Es lindo	Es bueno
Nos cuida	Es milagroso
Es parejo	No es malo
Es milagroso	Es divino
No es malo	Es lindo
Es divino	Es parejo
SEGUNDA PALABRA CLAVE: AMOR	
<i>Definidoras</i>	<i>Jerarquización</i>
Ternura	Apoyo
Paciencia	Paciencia
Comprensión	Comprensión
Apoyo	Ternura
Escuchar	Escuchar
Abrazar	Abrazar
Contar con alguien	Contar con alguien
TERCERA PALABRA CLAVE: ENFERMEDAD	
<i>Definidoras</i>	<i>Jerarquización</i>
Tristeza	No poder hacer nada
Coraje	Tristeza
Desesperación	Coraje
No poder hacer nada	Desesperación
Llorar	Llorar
Porque	No poder entenderlo
No poder entenderlo	Porque
CUARTA PALABRA CLAVE: LEUCEMIA	
<i>Definidoras</i>	<i>Jerarquización</i>
Miedo	Luchar
No saber	Miedo
Poder entenderlo	No saber
Luchar	Esperanza
Esperanza	Poder entenderlo
Paciencia	Amor
Amor	Paciencia
QUINTA PALABRA CLAVE: MORIR	
<i>Definidoras</i>	<i>Jerarquización</i>
Coraje	Preocupación
Dolor	Desesperación
Desesperación	Dolor
Asimilarlo	Coraje

Porqué	Porqué
No poder hacer nada	Asimilarlo
Preocupación	No poder hacer nada

SEXTA PALABRA CLAVE: VIVIENDO	
<i>Definidoras</i>	<i>Jerarquización</i>
Esperanza	Esperanza
Luchar	Luchar
Salir adelante	Salir adelante
Tranquilizarme	Tranquilizarme
Aprender a vivir así	Aprender a vivir así
Ver un nuevo día	Ver un nuevo día
Ver por los demás	Ver por los demás
SEPTIMA PALABRA CLAVE: FAMILIA	
<i>Definidoras</i>	<i>Jerarquización</i>
Ver por ellos	Que estén bien
Que estén bien	Ver por ellos
Platicar	Platicar
Escuchar	Escuchar
Reír	Reír
Estar juntos	Estar juntos
Que estén bien	Que estén bien
OCTAVA PALABRA CLAVE: INFANCIA	
<i>Definidoras</i>	<i>Jerarquización</i>
Hijos	Hijos
Lindos	Tranquilos
Tranquilos	Hermosos
Hermosos	Lindos
Pequeños	Pequeños
Alegres	Traviesos
Traviesos	Alegres