



Universidad Católica del Norte
ver más allá

UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE
MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, MENCIÓN PSICOTERAPIA SISTÉMICA

MEMORIA CLÍNICA PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN
PSICOLOGIA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA
SISTEMICA:

ANÁLISIS DE CASO DESDE LA MIRADA SISTÉMICO RELACIONAL.
EL SALVADOR QUE QUIERE SER RESCATADO DE SÍ MISMO.

PS. Carolina Vargas Novoa.

Profesora Guía: Paula Contreras Garay.

Antofagasta, marzo, 2019.

I. RESUMEN

La presente memoria clínica tiene como objetivo analizar desde distintas miradas, lo relacional, contextual y transgeneracional de un caso clínico, de tal manera lograr una mayor comprensión de su problemática. Se define como problema la posición que ha tomado un joven de 23 años al interior de su familia como “protector y de cuidador”, quien llega a consulta por sintomatología depresiva y dificultades en su relación de pareja. En consideración se tiene el concepto de diferenciación de Bowen (1988), los aportes respecto a los mitos familiares de Andolfi (1989), las lealtades familiares de Boszormenyi-Nagy (1936) y la temática de secretos familiares de Imber- Black (1999) se opta por una mirada compleja que permita acceder a una nueva comprensión del síntoma y sus implicancias para la terapia. Finalmente se propone la inclusión de otros autores como Framo (1996) y Canevaro (2007), los cuales sustentan la importancia de una terapia familiar que incluya el sentido de pertenencia de la familia, y la posibilidad de incorporación de los otros significativos.

Palabras claves: Diferenciación del self, lealtades familiares, mitos familiares, secreto familiar y terapia transgeneracional.

II. MARCO TEÓRICO

Diferenciación del Sí Mismo

La teoría de Bowen, en el año 1988, permite comprender el concepto de familia desde los campos emocionales. Kerr y Bowen (1988) refieren cómo la conexión emocional genera dinámicas de "juntidad" donde los miembros de la familia se alinean en sus directrices, sin cuestionamiento alguno. Por otro lado, la trama y juego emocional al interior de la familia influye en la individualidad, afectando la autonomía, la capacidad para tomar decisiones, donde se pone en juego la pertenencia al grupo en caso de resistencia a las presiones de la familia. Los autores agregan la importancia de lograr un balance entre la "juntidad" e individualidad, donde cada uno de los miembros de la relación debe invertir tiempo y energía en alcanzar este equilibrio.

Un concepto clave que permite comprender esta tensión entre lo familiar y lo individual es el concepto de Diferenciación del Sí Mismo de Murray Bowen (1988) y se refiere a la capacidad de cada individuo de distanciarse emocionalmente de su sistema familiar. Cuando este proceso se torna difícil, la dependencia emocional entre el individuo y su familia, los límites difusos entre la identidad propia y del grupo se transforman en el problema. Así, diferenciarse implica mantener la intimidad emocional con otros significativos sin perder autonomía ni estar a merced de lo que ocurre en aquellas vinculaciones. Del mismo modo, una adecuada diferenciación se observa en aquellas personas que pueden establecer y mantener vínculos afectivos significativos sin quedar "atrapado" en el vínculo. Según este autor, una de las consecuencias de una escasa diferenciación es la simbiosis, donde la proximidad emocional puede ser tan intensa que los individuos presentan grandes dificultades en la capacidad para reconocer, discriminar y comprender las emociones propias dentro del grupo familiar (Bowen, 1991). Además, los individuos se vuelven muy dependientes de los sentimientos que los otros pueden experimentar en relación a ellos, y luchan por mantener estas relaciones en su necesidad de amar y ser amados. Este grupo de personas es

poco adaptable, y cae con facilidad en desequilibrios emocionales, como por ejemplo la activación de altos niveles de ansiedad. En la medida que exista mayor diferenciación, habría mayor capacidad de adaptación y menor probabilidad de una respuesta ansiosa ante eventos estresantes de cualquier tipo (Kerr y Bowen, 1988).

Kerr y Bowen (1988) refieren que la ansiedad se encuentra presente en cualquier etapa de la vida ante situaciones de peligro, real o imaginaria, difiriendo en intensidad, pudiendo distinguir entre ansiedad aguda y crónica. La ansiedad aguda dice relación con respuestas ansiosas que tienen una duración de tiempo limitado y frente a estímulos reales y específicos, en cambio la ansiedad crónica es una respuesta a amenazas no específicas e imaginadas, no tiene una limitación de tiempo y es influenciada por diferentes eventos.

Muchas veces, las personas deben lidiar con la ansiedad que se experimenta ante su alto nivel de implicación emocional con la familia. Kerr y Bowen (1988) señalan que cada familia utiliza distintas estrategias para responder al estrés. Uno de estos mecanismos es la triangulación, donde el sistema activará diferentes triángulos para disminuir la ansiedad. Sin embargo, el problema de ello, es que este mecanismo, inevitablemente, activará la ansiedad en otros miembros, los que absorberán toda la ansiedad del sistema, generando una disfunción física, psicológica y social, encontrándose aquí un escenario de ansiedad crónica.

La dificultad para diferenciarse emocionalmente de la familia de origen está relacionada, también, por las reglas y mitos que se sustentan por lealtades a nivel transgeneracional entre sus miembros que construyen y sostienen las dinámicas familiares.

Lealtades, mitos y secretos en el sistema familiar

Existe una relación entre el concepto de diferenciación y las lealtades al interior de la familia. En la medida que los integrantes de la familia tengan mayores dificultades para diferenciarse, se entorpece su capacidad de autonomía y toma de decisiones diferentes a las del grupo familiar. Por otra parte, puede

ocurrir que la necesidad de los individuos por diferenciarse, se sienta en la familia como una amenaza, como una falta de lealtad a la familia, y se experimente un dilema o conflicto respecto a ésto, donde la persona no sabría si cumplir con lo que se espera de ella, o renunciar a sus necesidades.

Respecto al termino de lealtad, Boszormenyi-Nagy (1993) la define como una actitud individual, relacionada con la forma de vincularse que tienen los miembros del sistema familiar, participando factores como la confianza, responsabilidad, compromiso y devoción. En este sistema de lealtades habría una jerarquía de expectativas que influyen a los integrantes de la familia, y, dependiendo del grado de internalización y cumplimiento de estas, habrían sanciones dentro del sistema; por lo tanto, las lealtades también regulan el comportamiento de las personas y sus acciones.

Muchas veces, la lealtad puede ser reforzada a través de la gratitud o culpa experimentadas a raíz del desempeño meritorio en relación a la recompensación o no por parte de los mayores del sistema familiar, quienes en este rol y posición en las generaciones brindaron atención y amor: *"La gratitud y el reconocimiento por el valor de los propios mayores suele llevar la interiorización de obligaciones adoptando su sistema de valores, consciente o inconscientemente"* (Nagy, 1983, p.56).

Junto a las lealtades, en los sistemas familiares se van construyendo mitos, que, de alguna manera, regulan el comportamiento en las generaciones actuales y futuras. Según Angelo y Andolfi (1997), los mitos serían creencias introyectadas por parte de cada miembro y compartidas por estos, que involucran las posiciones y roles recíprocos dentro de las dinámicas familiares, teniendo la característica de no ser cuestionadas. Por lo tanto, se configuran como un relato compartido por todos, permitiendo una visión común sobre los acontecimientos, cotidianeidad, sentido a su vida, y pautas de comportamiento, generándose una cohesión del sistema familiar y sentido de pertenencia.

Gutiérrez (2012) describe diferentes tipos de mitos, entre los cuales distingue los mitos armónicos, que buscan la paz y armonía entre sus miembros dentro del sistema; por otro lado, los mitos redentores o de perdón que buscan encontrar responsables de alguna situación familiar. Finalmente, se encuentran los mitos protectores o de rescate, que buscan situar a un miembro de la familia como salvador de alguna situación difícil de la familia.

Los mitos familiares pueden estar relacionados, también, con los secretos de familia. Imber-Black (1999) refiere que los secretos facilitan o coartan posibilidades de vinculación dentro o fuera del sistema familiar. Son mantenidos y sostenidos en el tiempo a través de la intimidación, el temor a perder a alguien significativo, como una forma de protección propia, o para proteger a otros. Este último factor es complejo, dado que si bien la función es proteger también entraña un engaño, lo que conllevaría a una desprotección del otro, dañando la relación que se esperaba resguardar y preservar. En cuanto a las principales consecuencias que podrían generar los secretos familiares a nivel individual, es la disminución de la capacidad para afrontar y resolver problemas, impidiendo a las personas crecer, desarrollarse y evolucionar.

Muchas veces, el develar un secreto familiar supone para la persona un gran temor. Según Imber-Black (1999), implica un daño mayor, y de esta forma se mantiene el secreto a través de los años, incluso traspasando generaciones. Estas personas pueden estar, incluso, expuestas a situaciones de amenaza física y emocional, de tal forma mantener ese secreto en la “privacidad” de la familia: *"La persona con poder para causar daño y demandar silencio en los secretos peligrosos frecuentemente invoca la privacidad: "Lo que ocurre en nuestra casa es cosa nuestra" (Imber-Black, 1999, p.42).*

Los enfoques transgeneracionales en terapia sistémica: trabajando con la familia de origen.

En relación a la importancia de la familia de origen en el proceso terapéutico, Canevaro (2007) presenta un modelo terapéutico donde se encuentra presente el incluir a integrantes del sistema familiar, lo cual llama ampliaciones, lo que considera trascendental para procesos de cambio del paciente. Refiriendo que el ser humano oscila entre el sentido de pertenencia a la familia, el cual le ha dado la vida y ha originado el desarrollo de la identidad y por otra parte se encuentra la necesidad de diferenciación y con esto la autonomía, creyendo necesario por lo anterior el que el generar un corte emocional o distanciarse de su sistema familiar, sería hacerlo con una parte importante de sí mismo también, por lo que un hijo al odiar a su padre, también lo haría consigo mismo. A partir de este fundamento, se valora y

reconoce la pertenencia a la familia como un propósito del proceso terapéutico mediante el acercamiento emocional y no del distanciamiento, para generar en el paciente un equilibrio que le permita desarrollar autonomía (Canevaro et al, 2007). Trabajar con los otros significativos en terapia familiar, permite visualizar otras pautas de comportamiento que difícilmente se pueden evidenciar en psicoterapia individual y que salen a la luz cuando comienza a interactuar con otros familiares en setting terapéutico. Es así, que un paciente que se muestra frágil y se siente deprimido, al interactuar con otros familiares puede ampliar el campo de las pautas de comportamiento que posee el sistema. Por otra parte, Canevaro (2007) señala que la importancia de este modelo reside en confrontar la perspectiva que tiene el paciente respecto a sus familiares y poder dilucidar si esto en la realidad es de esta forma o solo trata de una percepción que se tiene en la actualidad, debido a la interferencia de emociones intensas y negativas de los consultantes. Por otra parte, le permitirían al terapeuta ver otros campos para poder entender el comportamiento y poder intervenir. A su vez, al integrar familiares a la terapia de forma adecuada y en el momento preciso, se acortaría el proceso de terapia de forma efectiva (Canevaro, Selvini, Lifranchi y Peveri, 2007).

Framo (1996) refiere la importancia de la terapia con la familia de origen, cuando se trate de una terapia individual, familiar o conyugal, dado que la familia de origen ejerce una fuerza decisiva en las relaciones íntimas del presente. Los otros significativos actuales serían los representantes de las figuras significativas del pasado, donde las personas resolverían los problemas relacionales del presente elaborando sus conflictos intrapsíquicos. Siguiendo esta línea de terapia, la idea es hacer consciente los conflictos con estas primeras figuras significativas, abordar cuestiones críticas con estos de forma directa, hasta la actualidad evadidas, teniendo como objetivo el poder disipar el resentimiento hacia estas figuras, y visualizarlas de forma real.

Framo (1996) refiere que esta terapia tiene resultados cuando el consultante deja atrás sus temores, y es posible invitar a sus familiares a las sesiones. En estos encuentros, se despliegan relatos familiares, se activan recuerdos y sentimientos, y surgen temáticas relacionales pendientes, que en un contexto protegido, se expresan confesiones con un alto nivel de angustia, intercambios apasionados,

molestos y angustiantes, donde el terapeuta cumple un rol de contención y confianza para enfrentar lo que cada consultante necesita para comprenderse, reconectarse y también perdonarse: "no importa lo furiosa que pueda sentirse una persona con sus padres y hermanos, hay una parte en ella, la más profunda, que anhela amar y ser amada por estas figuras insustituibles." (Framo, 1996, p.25)

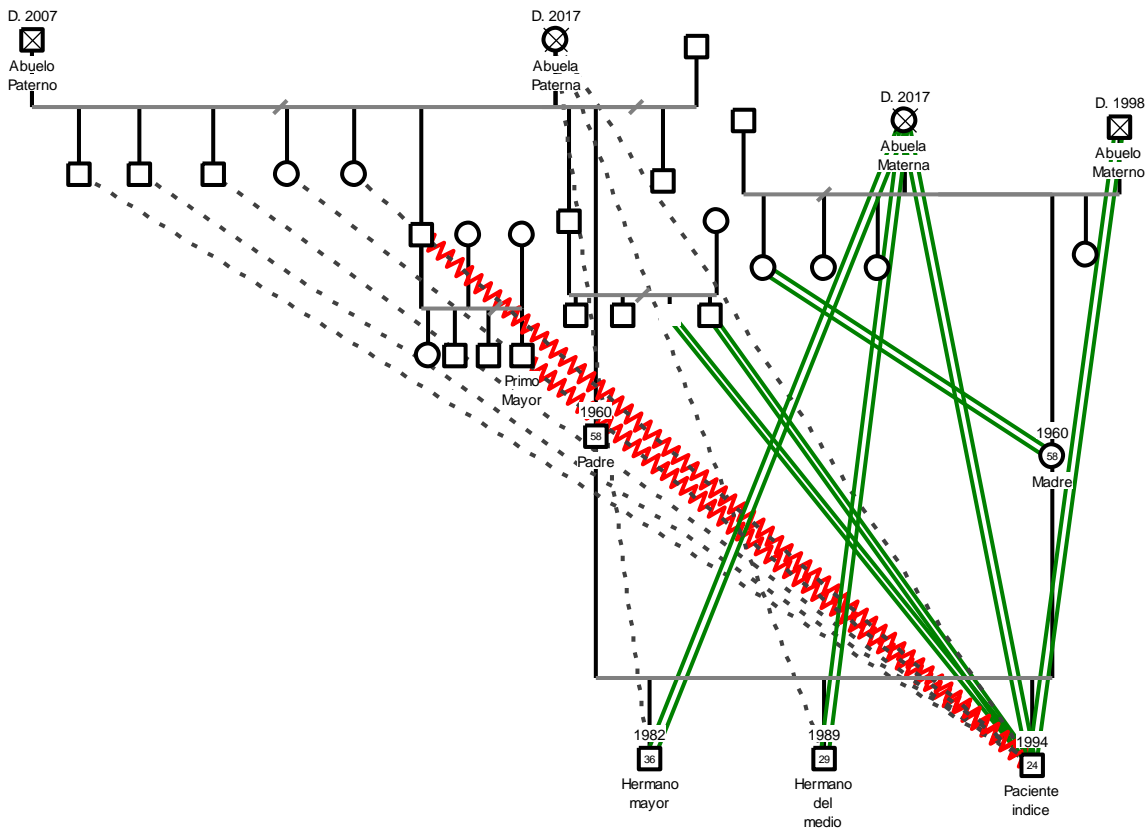
III. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO: “EI SALVADOR QUE QUIERE SER RESCATADO DE SÍ MISMO”

F es un joven de 23 años, segundo de una serie de tres hermanos, estudiante de tercer año de la carrera de Enfermería; forma parte de una familia biparental, representados por el padre, la madre y dos hermanos. Se encuentra en la etapa del ciclo vital de adultez emergente, caracterizada por la inestabilidad y consolidación de su propia identidad.

Respecto a su motivo de consulta refiere reaccionar con irritabilidad y presentar sintomatología depresiva. Hace poco tiempo pierde a su abuela, con quien tenía una relación muy cercana afectivamente.

Un evento muy significativo para F fue que cuando tenía 17 años, sus primos, por línea paterna, develaron abuso sexual por parte de uno de sus primos mayores, cuando eran niños. Este evento tuvo como consecuencia una división familiar, siendo un hito dentro del sistema dado que se caracterizaban por ser una familia unida. Desde ese momento, F comienza a dudar de si fue abusado sexualmente, al igual que sus otros primos. Desde hace 6 años que tiene este conflicto interno, acompañado de sintomatología depresiva, por otra parte, su abuela materna se encuentra diagnosticada con demencia senil, por lo que F asume un rol de cuidador.

a. **Genograma**



b. **Antecedentes relevantes del sistema consultante**

El sistema familiar se compone por la madre, de 57 años, dueña de casa. Padre, de 57 años, el cual desempeña un cargo administrativo en la Municipalidad. Tienen tres hijos, el hijo mayor, de 35 años, quien se encuentra finalizando su carrera de Enfermería; Hijo del medio, de 26 años, quien es instructor de tenis, vive en la ciudad de Coquimbo, y el hijo menor paciente índice, de 23 años, estudiante de Enfermería de tercer año y empaquetador de supermercado.

En cuanto a los vínculos afectivos, F tiene una relación cercana con sus padres, particularmente con su padre. Sin embargo, de escasa expresión emocional en sus interacciones. En cuanto a la relación

con sus hermanos, es más superficial. Quien se configuró como referente significativo y con quien tuvo una relación estrecha afectivamente fue con su abuela paterna, quien falleció hace menos de un año.

c. Motivo de consulta

i. Derivación

El consultante se presenta de manera espontánea, solicitando terapia individual a partir de la recomendación de su pareja, quien detecta alta irritabilidad y reactividad, lo que es compartido por el consultante.

ii. Motivo de Consulta

El consultante refiere que su principal motivación para asistir a terapia es disminuir su irritabilidad, reactividad e impulsividad en su dinámica de pareja. Refiere sintomatología depresiva que quiere tratar terapéuticamente. Hace 6 años, aproximadamente, ha descubierto que sus primos han sido víctimas de abuso sexual por un primo mayor cercano a ellos. A partir de lo anterior, refiere que necesita saber si ha sido vulnerado también, a pesar de no tener recuerdos de esto.

iii. Antecedentes relevantes y desarrollo del problema

El consultante manifiesta que a la edad de 17 años se revela un secreto familiar por parte de sus primos paternos, quienes confiesan haber sido abusados sexualmente por un primo mayor. Luego de esto, comenzó un proceso judicial, donde F apoya a sus primos vulnerados, generándose un conflicto familiar que termina en la desunión familiar, considerando que eran una familia bastante aglutinada. F comienza a experimentar altos niveles de ansiedad por la gravedad del evento vulneratorio, contiene y apoya a sus

primos. Luego de un año, la causa se dio por cerrada sin ninguna determinación legal. F ingresa a la universidad el año 2013 a estudiar la carrera de Enfermería, refiere que en ese momento necesitaba descansar anímicamente de esta situación, por lo que tomó distancia de sus primos. Transcurrido unos meses, conoce a su pareja, actualmente con 4 años de relación de pololeo, también estudiante de Enfermería.

En ese momento, atravesaba momentos difíciles por conflictos familiares, siendo F su apoyo y soporte emocional. Por su parte, F se encontraba cuidando a su abuela que hace 2 años había enfermado, progresando con una demencia senil y un cáncer, por lo que él y su hermano pronto a egresar de Enfermería se dedicarían a los cuidados de esta. Refiere que desde el año 2013 comienza, gradualmente, a sentirse irritado, cansado y, en el segundo año comienza reprobando algunas asignaturas, con desmotivación por la carrera, se aísla a través del juego en el computador, refiriendo que solo la responsabilidad de cuidar la salud de su abuela lo hacía interrumpir este comportamiento.

A inicios del año 2017, su abuela materna fallece. Desde ese entonces se acentúa la sintomatología depresiva y desmotivación tanto a nivel laboral, académico y de pareja. La relación de pareja se vuelve conflictiva por las constantes discusiones, razón por la cual decide principalmente iniciar una terapia psicológica, motivado por su pareja.

d. SISTEMA DE HIPÓTESIS

i. Clima Emocional:

El clima emocional presente durante las primeras sesiones, se caracterizó por cierto nivel de tensión, particularmente al abordar temas dolorosos para F. Sin embargo, transcurriendo las sesiones, el clima emocional se distiende, y se establece una relación de confianza entre terapeuta y consultante.

ii. Creencias:

Se evidencia como creencia familiar de esta familia es que se debe contar con un cuidador, “En la familia debe haber siempre alguien que pueda cuidar a los más frágiles y vulnerables”, por lo cual existen numerosos miembros de la familia que tienden a ejercer este rol, siendo la abuela paterna aquella se puede visualizar en primera oportunidad.

Por otro lado, se observa la creencia de que las emociones negativas deben controlarse y no dejar que interfieran ni se mantengan en el tiempo, de tal manera poder evitar los conflictos. En este sentido, el sistema familiar percibe negativamente aquellas emociones asociadas a vulnerabilidad

Por otra parte, el sistema familiar valora la idea de familia unida, sostenida significativamente a través de la línea paterna, lo que implica comprometerse como grupo familiar cada vez que se presenta una dificultad en alguno de los miembros, tanto en el proceso de acompañamiento como en la solución.

iii. Atribuciones de significado:

En relación a la atribución de significado del consultante, atribuye su sintomatología depresiva a la idea recurrente de que podría haber sido abusado sexualmente por un primo mayor. Por otro lado, también explica su sintomatología por la pérdida de su abuela, hace aproximadamente un año.

iv. Hipótesis sistémico relacionales con las que se ha trabajado:

Hipótesis relacional: El consultante cumple un rol de "cuidador y protector" de su sistema familiar y hacia personas significativas. La angustia de haber sido víctima de abuso sexual y la pérdida de su abuela activan su necesidad de ser contenido, protegido y cuidado. Estas necesidades afectivas las vive con intensos sentimientos de culpa al no poder responder con el mandato familiar de cumplir con la

posición de protector y cuidador de la familia. Los sentimientos de culpa mantienen el circuito donde se refuerza la sintomatología depresiva, manteniéndose la pauta.

Hipótesis transgeneracional: El consultante se encuentra atrapado en una posición de cuidador y protector de la familia, cumpliendo la tradición de su abuela paterna. Esta pauta de comportamiento se transmite hacia las generaciones posteriores, del mismo modo en que ambos padres tuvieron que cuidar a sus respectivas madres.

Hipótesis contextual relacional: El consultante presenta una identidad personal y familiar a través de su posición de cuidador, respondiendo a un mandato familiar. Sin embargo, esta identidad se ve desafiada tras revelación de secreto familiar en torno al abuso y la angustia por la duda de ser abusado también. El abandonar la posición de cuidador, para situarse en la posición de víctima le resulta inaceptable y se inunda de ansiedad y finalmente cuando ya no puede cumplir su rol de cuidador a través del cuidado de su abuela cuando esta fallece, se deprime.

e. PROCESO TERAPÉUTICO

i. Encuadre:

Se realiza encuadre terapéutico, el cual se delimita en la primera sesión, explicándose en qué consiste el consentimiento informado y se expone la necesidad de supervisión clínica, en el contexto del programa de formación del Magíster, asimismo, se establecen claramente los horarios en los que se atenderá y la continuidad de sesiones.

ii. Vínculo:

En la construcción de la alianza terapéutica, como primer componente estuvo presente la *vinculación* terapeuta y consultante donde se dio la acogida y colaboración recíproca. Manifiesta confianza para develar contenidos personales y para expresar sus emociones durante el proceso terapéutico. En cuanto al segundo componente, acuerdo acerca de las metas, se logra una co-construcción de los objetivos terapéuticos que se quieren alcanzar. Acerca de las tareas para alcanzar los objetivos propuestos, se acuerdan actividades como elaboración de genograma, análisis de los circuitos de pautas de comportamiento, medios narrativos, y técnicas de imaginación para generar reflexión.

iii. Objetivos terapéuticos:

Objetivos terapéuticos:

- A nivel relacional: Comprender los mandatos familiares, y conectarse con su propia vulnerabilidad y permitirse ser protegido y cuidado.
- A nivel conductual: Desactivar pauta interaccional donde se sostiene la sintomatología depresiva, a través del acceder al significado del síntoma.
- Reformular su posición de víctima y promover el afrontamiento de sus conflictos.

Con el trabajo del genograma, el consultante logra comprender que su rol de protector pertenece se encuentra en el tejido de la dinámica familiar a través de las generaciones, entendiendo lo dificultoso que le es dejar este rol y el desafío que implica el renunciar a él.

Así mismo, a través del genograma el consultante visualiza la presencia de límites difusos, lo aglutinada de su familia, y sus consecuencias positivas y negativas. Aun cuando ha sido fuente de apoyo,

también ha dificultado la diferenciación. Por otra parte, se trabaja con los recursos del consultante, y aquellos aspectos que le gustaría cambiar, con sus respectivas consecuencias.

iv. Presencia de impasse y cómo los resolvieron:

Dentro de las dificultades del proceso terapéutico, se encuentra una gran cantidad de información expresada por el consultante, generando confusión en la terapeuta para distinguir contenido de proceso, que luego al esclarecer en etapas diagnósticas se logra visualizar el proceso con mayor claridad. Por otro lado, otra dificultad que se presentó estaba la de admitir por parte del consultante que se encontraba desgastado y estresado por este rol de protector de los otros, dada la carga emocional generada por las creencias familiares respecto a este rol y también el que logrará visualizar el que debía integrar junto a su rol protector, el poder ejercer otro que le permitiera ser sostenido por otros. Frente a lo cual el terapeuta genera ansiedad ante el obstáculo de avanzar en este objetivo, por lo que se decidió el poder transparentar esta dificultad del paciente, lo cual una vez que se refleja logra tomar mayor conciencia de esto lo que constituyó un puente para continuar con mayor fluidez en el avance de este objetivo.

v. Tipo de término y evaluación de los logros obtenidos:

Como avances en el proceso terapéutico, el consultante ha logrado gradualmente expresar lo que le sucede a su pareja. Por otra parte, ha disminuido su reactividad emocional e irritabilidad. Ha reconocido su propia vulnerabilidad y ha tenido la capacidad para compartir esta fragilidad con su familia, por lo que sus padres reconocen y valoran su posición actual, se hacen cargo de sus propias responsabilidades, junto con sostenerlo y apoyarlo. En el consultante se observa la visión de que pueda ser protegido por otros, disminuyendo su irritabilidad, reactividad, motivación y cambios positivos en su estado de ánimo.

IV. ANÁLISIS DEL CASO

Se puede analizar que el consultante cumple un rol de “cuidador y protector” hacía personas significativas dentro de su sistema familiar, lo cual realizaba sin mayores dificultades, cuidando en primera instancia de su abuela materna, y posteriormente de su polola hasta la actualidad. Sin embargo, se activa una crisis en F desde los 17 años cuando sus primos revelan que habrían sido abusados sexualmente por parte de un primo mayor de la familia, situación que lo inunda de ansiedad ante la posibilidad de haber sido abusado. Transcurrido el proceso legal y cerrado sin las sanciones, se distancia de sus primos e inicia una relación de pareja asumiendo una posición de cuidador. Su abuela, quien ya se encontraba enferma, es cuidada por él debido a que tenía mayor conocimiento de enfermería, lo que lo mantiene activo y lo retira un tanto de su depresión. Al fallecer, se agudiza la depresión y aumentan sus dudas en torno al abuso.

Pudiendo comprender la sintomatología depresiva, por la cual llega a terapia psicológica, desde la hipótesis relacional planteada con la cual se trabajó en el proceso de terapia, F, al ser demandado para cubrir necesidades de otro, experimenta un dilema entre satisfacer las necesidades propias o de los demás. Experimenta culpa ante la posibilidad de no cubrir las necesidades del otro, junto al temor de ser rechazado desde otra posición que no sea la de cuidador, generando sintomatología depresiva y de este modo resolver el conflicto a través de la renuncia.

Por otra parte, otra lectura posible para comprender el síntoma en F es a través de la teoría de Bowen (1999), donde el consultante presentaría dificultades para realizar el proceso de diferenciación. Tiende a concebir que tanto él como las personas significativas de la familia piensa, sienten y se comportan de forma alineada y similar. La escasa diferenciación suscita una dependencia emocional con los otros significativos, lo que conlleva a esfuerzos continuos para mantener las relaciones con los demás, teniendo dificultades para priorizar necesidades propias y tomar decisiones de forma independiente de lo

que necesitan los otros. Ante situaciones familiares muy estresantes, se intensifica el conflicto y la sintomatología depresiva vuelve a ocupar su lugar.

Como hipótesis contextual, particularmente su posición de cuidador que constituye identidad y responde a un mandato familiar, el consultante experimenta una crisis vital tras la develación de un secreto familiar de ASI, como un secreto que se revela sin reducir ninguna incertidumbre para él. Al respecto, Imber-Black (1999) define a los secretos como aquellos que modelan el comportamiento pudiendo facilitar o coartar formas de vinculación tanto con el sistema familiar como con el exterior. En este caso, el secreto cumple la función de proteger la unión familiar, por otro lado el consultante también viene a realizar la misma función, evitando una nueva ruptura familiar. Sin embargo, se mantiene el síntoma y malestar depresivo como una forma de retribución al sacrificio realizado. De este modo, revela su necesidad de ser cuidado. Lo anterior desafía su identidad de cuidador, se mantiene el circuito negativo y la angustia por haber sido víctima de ASI aumenta. En consideración del concepto de renuncia, que está presente como una expresión de la depresión, es explicada por Muriana, Petteo y Verbitz (2007). El consultante estaría en un estado de desilusión de los demás, dado que su creencia del sistema familiar como protector se desestructura, lo que lleva a cuestionar este sistema familiar y por ende a sí mismo. Finalmente, su abuela fallece lo que trae consigo una pérdida de la función de cuidador y nuevamente se cuestiona esta identidad dada la su necesidad de ser contenido y cuidado. No sabe cómo conciliar estos dos aspectos, y aumenta la sintomatología depresiva, junto con la idea cada vez más intrusiva de la posibilidad de haber sido abusado sexualmente. En el marco de la perspectiva transgeneracional, el rol de “protección y cuidador” es transmitido desde la tercera generación como es la abuela paterna quien siendo viuda se hace cargo de 6 hijos de su nuevo esposo y nietos, así como también cuidando a personas externas al sistema familiar. Esta pauta fue transmitida hacia las generaciones siguientes donde ambos padres han destinado parte de sus vidas a cuidar de sus respectivas madres de forma abnegada, lo cual se transmite a la identidad del consultante cuidando de su abuela materna, padres y polola. Estas pautas transgeneracionales podrían estar sustentadas por mitos familiares. Según refiere Angelo y Andolfi (1997), los mitos son creencias introyectadas por los integrantes familiares y compartidas por estos,

involucrando roles y posiciones dentro de las dinámicas familiares, que se caracterizan por no ser cuestionadas, a pesar de entrañar distorsiones, que permiten un sentido de cohesión y de pertenencia al grupo familiar. Esta creencia a través de mitos, da sentido al salir al rescate como salvadores en la familia del consultante. Se introyecta este rol de cuidador y salvador, lo que hace cada vez más imposible el cuestionar ese mito y al estar de esta forma presente en el sistema familiar pareciera ser que sólo siendo leal a este, se puede pertenecer al sistema familiar.

Otro constructo de importancia, es el concepto de lealtad, que según Ivan Boszormenyi Nagy (1993), es una actitud individual y forma de vinculación. La confianza al interior de la familia, responsabilidad, compromiso y devoción son elementos que van marcando pautas, y generan expectativas en cuanto a retribuir de la misma manera. Es así como se ejecutan sanciones que regulan los comportamientos de sus miembros por el cumplimiento o no de estas expectativas, reforzados a través de la culpa o gratitud. Es así como en esta familia, abuelos-padres-hijos-nietos, deben responder a estas expectativas y ser leales al sacrificio de otros, como una forma de gratitud y al mismo tiempo, de culpa, por sentirse atrapado en esta trama familiar.

V. CONCLUSIONES

Debido al rol importante que tienen los mitos y las lealtades familiares en este sistema de forma transgeneracional en torno al rol de cuidador, es que fue de suma utilizar el genograma como una herramienta para comprender estas dinámicas. Particularmente relevantes son las vinculaciones que se experimentan desde la tercera generación hasta la actual, entendiendo la fuerza de este rol de cuidador desde la abuela paterna y la relevancia de la lealtad ante esto como una forma de pertenecer al sistema, lo que junto a la fusión familiar y escasa diferenciación en las relaciones, hace aún más difícil construir una identidad propia diferente al mandato de “debes cuidar a tu familia y mantenerla unida”. Renunciar a la necesidad de “recibir apoyo y ser contenido por otros”, se convierte en una salida, lo que también resulta intolerable para el consultante, teniendo como único escape la depresión. Deprimirse es más aceptable

que reconocer y declarar que necesita ser contenido, apoyado, querido y cuidado. El papel que juega la duda de ASI es crucial. Abrir, nuevamente, este secreto familiar sería amenazar la unión familiar "familia unida" y al mismo tiempo, boicotear su posición de cuidador y protector, que lo define e identifica. Imber- Black (1999) refiere que los secretos son sostenidos en oportunidades como una forma de proteger a los otros, sin embargo, en el ocultar existe engaño, tendiendo a también a desproteger. Estos modelarían la identidad y las vinculaciones con los otros, introduciendo rigidez para visualizar diversas alternativas para enfrentar los conflictos, obstaculizando oportunidades de crecimiento por parte de los miembros de la familia.

A través de esta mirada comprensiva y más consciente de estas dinámicas familiares, es posible encontrar nuevas vías de significado a través de la psicoterapia. Promover, por ejemplo, en el consultante, la coexistencia de ambas identidades podría generar alivio, dado que siente que no es necesario renunciar a ninguna de las dos definiciones de sí mismo, ni tampoco a la pertenencia de su familia. Esto es sustentado por Canevaro, Selvini, Lifranchi y Peveri (2007) donde refieren la relevancia de pertenecer al grupo familiar, dado que estos han sido clave en el cultivar la identidad de cada persona y que, por ende, el rechazar o no desear pertenecer a este, sería hacerlo sobre sí mismos. Cuando no hay elaboración ni consciencia acerca de estos procesos, se conflictúan las relaciones familiares, las relaciones de pareja e incluso, las relaciones externas a la familia.

Al realizar este proceso de que ambas identidades pueden coexistir dentro de sí mismo, sin sentir que tiene que situarse en la posición de víctima, puede pedir ayuda, fortalecer recursos como la expresión emocional, disminuir la sintomatología depresiva, aumentar su autoestima, nutrir espacios personales, y afrontar de una manera más constructiva los problemas. Al revelarles a sus padres lo acongojado que se siente con esta situación, dio a paso a abrir contenidos como el hablar de lo sobrepasado que se sentía, por primera vez se permite a sí mismo ser contenido y apoyado. Con sorpresa termina aceptando con gratitud, y tiene menor dificultad para establecer límites con el otro, y anteponer sus necesidades afectivas. Comienza a sentirse nuevamente motivado, disminuye su irritabilidad y comienza a adquirir una perspectiva que le permite realizar actividades, acorde a sus intereses.

Muriana, Petteno y Vervitz (2007) se refieren al término de renuncia, que alude a una metáfora de paralización de la persona, que se expresa en la escasa motivación, ausencia de esperanza, e ideas negativas acerca de sí mismo y del futuro. Un sentimiento de impotencia, quedando solo la queja y lamentación. Estos autores refieren que la renuncia puede ser gradual, desde parcial a radical, existiendo diferentes cuadros depresivos a partir de esta renuncia. Esta definición expresa el cómo el consultante se encuentra con sintomatología depresiva, enmarcándose dentro de una metáfora “el iluso desilusionado de los demás” donde el paciente pertenece a un sistema familiar, en el cual constantemente iba en ayuda hacia otros desde la protección, ocurre este evento de develación de ASI, que lo sitúa en una posición de cuestionamiento respecto a la identidad de su familia, generándose una desilusión respecto como aquellos desprotegeron manteniendo esto en secreto, así mismo esta desilusión se extiende a no poder situarse en el rol de ser apoyado y contenido, por el imperante mandato familiar, donde solo puede serlo si se encuentra vulnerable como sus primos y al no encajar se desilusiona y se deprime, comenzando generarse la sintomatología como irritabilidad, explosividad, que denotan el cansancio y sensación de injusticia producido por una desesperación por no poder ser entendido en sus deseos de descansar.

Finalmente, se considera importante el reflexionar sobre cómo la "familia aglutinada" de la cual el paciente en sus inicios se sentía orgulloso de pertenecer, dada la protección y contención que experimentaban entre ellos desde su infancia hasta sus 17 años, cuando se devela el secreto de ASI, viene a evidenciar una problemática fundamental de "desprotección". Existe evidencia teórico empírica, que sustenta que en las familias fusionadas, por ende con dificultades para autodefinirse y para desarrollar autonomía, se crean escenarios propensos de sistemas abusivos. (Koch y Jarvis, 1987) en (Quirós, 2006) señala que los sistemas abusivos tienden hacia la “fusión” donde entre padres e hijos habría una interdependencia hasta el punto que ellos creen que no podrían sobrevivir sin el otro; de esta manera, los miembros de la familia no tendrían un self definido. Así mismo, en la línea del impacto de los límites difusos en los sistemas y hacerlos susceptibles de escenarios vulneratorios, se encuentra (Howes, 2000) en (Abarza, 2000) al estudiar familias maltratadoras y no maltratadoras encontró que las familias abusivas

sexualmente tendrían más dificultades en controlar la rabia, evidenciarían más caos y menos claridad en la definición de roles, y dependían menos de estrategias relacionales adaptativas y flexibles.

Por otro lado, se visualiza evidencia de como sistemas familiares con creencias rígidas y escasas conductas protectoras y baja sintonización a nivel afectivo con los otros, podría también generar escenarios abusivos, que también son proporcionados en sistemas fusionados y se encuentran presente en caso clínico.

Madonna, Van Scoyk y Jones (2006) indican que en los patrones disfuncionales de las familias incestuosas estarían presentes sistemas rígidos de creencias familiares, coaliciones parentales disfuncionales, negligencia en el cuidado, poca disponibilidad emocional de los padres y la incapacidad para permitir la autonomía en los miembros de la familia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Abarza, P. y Olivares, A. (2000). *Estudio exploratorio descriptivo de interacciones del sistema familiar en familias con abuso sexual infantil* (tesis pregrado). Universidad de Chile. Santiago, Chile.
2. Andolfi, M y Angelo, C. (1989). *Tiempo y mito en psicoterapia sistémica*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Paidós Ibérica.
3. Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Madrid, España: Ediciones Paidós Ibérica.
4. Bozsormenyi-Nagy, I y Spark, G. (1939). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
5. Canevaro, A., Selvini, M., Liffranchi, F y Peveri, L. (2007). La terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos. *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*. (21), 47-68.
6. Imber-Black, E. (1999). *La vida secreta de las familias*. Barcelona, España: Gedisa.
7. Framo, J. (1996). *Familia de origen y psicoterapia. Un enfoque transgeneracional*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
9. Gutiérrez, M. (2012). *El proceso de transmisión del síntoma a través de generaciones en la familia, desde la teoría del vínculo de John Bowlby y la teoría sistémica* (tesis pregrado). Pontificia Universidad Católica de Ecuador, Quito, Ecuador.
10. Kerr, M. y Bowen, M. (1988). *Family evaluation: An Approach bases on Bowen Theory*. New York, United states: W.W.Norton y Company,Inc.
11. Koch, K. y Jarvis, C. (1987). Symbiotic mother-daughter relationships in incest families. *Social Casework*, 68, 94-101.
12. Madonna, P., Van Scoyk, S. y Jones, D. (1991). Family interactions within incest and nonincest families. *American Journal Psychiatry*, 148, 46-49.
13. Muriana, E., Pettenu, L. & Verbitz, T (2007). *Las caras de la depresión*. Barcelona, España: Herder Editorial, S.L.

14. Quirós, P. (2006). *Comparación de las dinámicas familiares en familias que presentan abuso sexual con otros tipo de familia* (tesis pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile.