

Cambio de roles en la estructura familiar durante los procesos de enfermedad mental

Flor Gutman y Sara Minuchin-Itzigsohn
*Hospital de Día-Hospital Psiquiátrico
Talbieh, afiliado a la Universidad
Hebrea de Jerusalén (Israel)*

Sumario

Cambio de roles en la estructura familiar durante los procesos de enfermedad mental

En toda sociedad, los aspectos relevantes de la conducta humana están ligados a los roles que la cultura determina, pudiendo ser estos roles adscritos y/o adquiridos. La aparición aguda o paulatina de un problema psiquiátrico produce una incapacidad de distinto grado. Esta incapacidad lleva a una limitación en el cumplimiento tanto de los roles adscritos como de los adquiridos. Es en este caso donde la familia debe adaptarse y redistribuir los roles en su seno. Esta redistribución va creando nuevas estructuras que de alguna manera dificultan la reincorporación del paciente a sus roles previos cuando éste está en proceso de rehabilitación.

El tratamiento en el Hospital de Día es multifacético y el objetivo es la reinserción del paciente en su medio familiar y socio-cultural. En la sala de hospitalización diurna los pacientes ingresan por la mañana y se reincorporan a su medio familiar y social por la tarde. Nuestro equipo de trabajo está formado por profesionales de la salud mental: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, asistente social, terapeutas por el arte y una antropóloga médica.

Queremos ejemplificar, valiéndonos de dos casos, el de Ruth y el de José, el tratamiento centrado en el cambio de roles que se produce cuando enferma uno de los miembros de la familia.

Palabras clave: Roles, Familia, Matrimonio, Paternidad, Maternidad, Fobia, Terapia Familiar, Judaísmo.

Abstract

The Change of Roles in Family Structure during Periods of Mental Illness

In every society, the relevant aspects of the human behaviour, are represented by the roles that the culture determinates. These roles may be ascribed or/and acquired. The gradual or acute onset of one psychiatric problem, generates an incapacity of different levels. These incapacities produce a limitation in the execution of the roles, both ascribed and acquired. In these cases, the patient's family must adapt itself to the new situation and must make a new distribution of roles. These new distribution creates new structures that difficult the return of the patient to his previous roles, when he or she is in the process of rehabilitation.

The treatment in the day care hospital, has multiple aspects and its aim is the reinsertion of the patient in his "cultural" familiar and social frame. In our day care hospital, the patients come in the morning, and return, in the afternoon, to their familiar and social milieu. Our staff includes psychiatrists, psychologists, nurses, social assistant, art therapists, and one medical anthropologist.

In the two cases of Ruth and Jose, we have an example of the treatment centred in the change of roles that occurs when one of the members of the family has a crisis of mental illness.

Key words: Roles, Family, Marriage, Paternity, Maternity, Phobias, Family Therapy, Judaism

* * *

Introducción

Se abordan en este artículo los cambios de roles que se dan durante el proceso de una enfermedad y la repercusión que esos cambios tienen sobre el paciente en sí y sobre cada uno de los miembros de la estructura familiar.

La observación clínica nos muestra que, en la mayoría de los casos, el paciente abandona o disminuye la calidad en la ejecución de los roles habituales y el resto de la familia se hace cargo de ellos para complementar esa disminución. Una vez concluido el tratamiento, la restitución de los roles abandonados va acompañada de muchas dudas

por parte de la familia, lo cual influye en el paciente, que no ve incrementado el componente de seguridad personal.

Cuando el conjunto de las distintas intervenciones terapéuticas ha culminado con éxito, remitiendo los síntomas y conflictos, sobreviene uno de los aspectos más contradictorios: la valoración de la imagen que el paciente tiene de sí mismo antes de la intervención. La distancia entre esta imagen y la dificultad de recuperar nuevamente sus roles actúan como barrera para su efectiva realización. Siempre confronta el estado actual y la eficacia con la que desempeñaba cada uno de sus roles antes de la enfermedad.

En las últimas décadas se han producido serios cambios en la organización hospitalaria. Primero vemos que las corrientes de desinstitucionalización han puesto el acento en la rehabilitación, creando servicios abiertos y diurnos, y usando los recursos comunitarios. A esto se añade el desarrollo de las escuelas de terapia familiar, que permiten la visión del paciente en su contexto, explicitando la dinámica interpersonal en la familia, el conflicto de roles e introducen el concepto de estructura étnico-cultural (Mc Goldrick, 1983). Por último, el uso de neurolépticos modernos, que actúan como neutralizadores de la angustia y control de la violencia, ha facilitado la atención a los distintos miembros de la familia mediante un ingreso del enfermo media jornada cada día, lo que también permite la incorporación del paciente a su medio familiar. Éste, ingresado medio día en el servicio hospitalario, pasa el resto del tiempo readaptándose a los conflictos familiares y sociales o realimentando los problemas que surgen de estos encuentros.

Este tipo de estructura hospitalaria ha eliminado lo que Goffman (1972) llama "institución total", cuyas características centrales son que el ordenamiento de los distintos aspectos de la vida se desarrolla en el mismo lugar y bajo una misma autoridad, eliminando la autodeterminación y la autonomía.

En el Hospital de Día intentamos recuperar los tres niveles que propone Fabrega (1992) para entender la enfermedad psiquiátrica. Este investigador analiza un primer *nivel simbólico-cultural*: la cultura como un sistema de sentido que debe aprenderse y que confiere a los distintos grupos humanos una apreciación distinta de la realidad, influyendo en las respuestas conductuales y afectivas. Un segundo nivel es el *sociológico, histórico, político*. Aquí se incluye el desarrollo de los cambios sociales, el estado de bienestar y la evolución de las distintas profesiones que atienden las demandas de salud. En cuanto al tercer nivel, comprende el *conocimiento biomédico* y la función cerebral, el proceso de la enfermedad psiquiátrica, las limitaciones que origina, junto con la eficacia del tratamiento terapéutico. Estos tres niveles permiten una conceptualización global que incluye la dependencia de los factores genéticos y fisiológicos, la influencia de los factores sociales e institucionales (hospital y familia) y, por último, la

determinación cultural. Siguiendo esta terminología, el equipo de trabajo del Hospital de Día está formado por diferentes profesionales del área de la salud mental: psiquiatras, psicólogos, enfermeros, asistente social, terapeutas que recurren al arte (terapia de movimiento y biblioterapia) y antropólogos. Estos profesionales aplican diversos modelos de observación y tratamiento del paciente, lo que facilita una evaluación según variados acercamientos, lo que es considerado como una de las formas más operativas de la rehabilitación.

Unidad hospitalaria ubicada en una ciudad multiétnica

Debemos tener en cuenta que la población que se asiste en el Hospital de Día pertenece a una extensa gama cultural. Jerusalén es una ciudad que recibe inmigración y en la cual se hablan más de treinta idiomas. En ella existen, además, numerosos grupos étnicos que detentan su propia cultura. Con respecto a los grupos inmigrantes, Westermeyer (1986) afirma que dichas poblaciones presentan una situación de inseguridad básica, traducida en estados de disforia con contenidos de ansiedad y manía persecutoria. Estas situaciones se manifiestan a través de síntomas físicos o psíquicos. La elección de estos síntomas en una u otra dirección, la evaluación de la gravedad y la expectativa acerca del tratamiento se determinan por la cultura.

Gracias a ello, en cada encuentro terapéutico convergen varios modelos: el modelo del terapeuta (que varía según la profesión) y el modelo del paciente (que varía según la cultura). Según Eisenberg (1977), los modelos son caminos para construir y orientarse en la realidad. Precisamente la forma de entender la realidad del paciente es la que Kleinman (1978) llama la “construcción cultural de la realidad clínica”, basada en la traducción que el terapeuta realiza del modelo del paciente a las premisas fundamentales del modelo válido para el tratamiento.

Los pacientes llegan derivados por distintas instituciones de salud o de bienestar social, así como por profesionales privados. En ocasiones, la presión familiar y el círculo de amigos influyen en el ingreso y otras veces la misma persona toma esta decisión. Una vez aceptado, debe acudir al centro hospitalario cinco veces por semana. Cada jornada comienza con una terapia grupal en la que actualiza, literal o simbólicamente, sus problemas. En distintos días se lleva a cabo la recepción de todos los pacientes. Con el fin de controlar la medicación o determinar cambios, en esta recepción se puede derivar a los pacientes hacia tratamientos específicos en otros lugares de atención médica. Hay sesiones precisas en las cuales hay grupos de terapia por movimiento o biblioterapia. A cada paciente le es asignado un psiquiatra y otro terapeuta, que puede ser un psicólogo o un asistente social, con quienes se reúne una vez por semana. Los miem-

bros de la familia y amigos significativos son considerados miembros naturales en el proceso de la terapia y rehabilitación, recurriendo en el transcurso del tratamiento a distintas formas de intervención con los familiares o amigos aludidos.

El hecho de compartir el ingreso con la vida social y familiar crea en el paciente una carga de estímulos que, a veces, logra superar mediante el tratamiento, pero puede traducirse igualmente en un aumento de las demandas que exige al servicio médico, estando alerta para intensificar las disposiciones terapéuticas.

Enfoque teórico

Previamente al análisis de dos casos concretos se hace necesario definir dos conceptos teóricos:

- a) El ciclo de vida
- b) Qué se entiende por roles

El *ciclo de vida* es un instrumento conceptual que responde a los criterios de desarrollo y crecimiento que determinan unas etapas de sucesiva complejidad. Esta herramienta conceptual se basa en diferentes cambios: cambio biológico a partir de los procesos de crecimiento y maduración, cambio psicológico que lleva implícito el desarrollo de la emoción y la cognición, y, por último, el cambio del ser humano como complejo sociocultural que debe variar sus roles y posiciones en el tránsito de una etapa a la otra, Minuchin-Itzigsohn y otros (1997).

Toda cultura define su propio ciclo de vida, pero siempre el paso de una etapa a otra lo marcan las transiciones. Según Erikson (1963), cada etapa se verá afectada por cómo se resolvió la etapa anterior y entre las distintas etapas hay una crisis propiciada por el cambio. Para este autor, el término crisis no connota una amenaza sino un período de mayor vulnerabilidad. El concepto de las transiciones nos permite evaluar la importancia de la fase final del tratamiento como un momento de transición y debe ayudar al paciente en la asunción de roles.

En una familia, cada miembro atraviesa por sucesivas fases de las etapas de su ciclo vital. Según Turner (1980), el cambio que el individuo experimenta de una etapa a otra provoca también variaciones en las personas ligadas a él por lazos de sangre, de relación matrimonial o de relaciones aún más alejadas, como las del área política o económica. Este autor investigó una tribu africana, los Ndembu de Zambia, y nos dice: “Cuando una mujer de esta tribu da a luz por primera vez, ella transforma a su madre en abuela, a su esposo en padre y también le da un heredero a su hermano. Todos estos cambios están acompañados por una conducta específica, determinada por el status de cada uno y por los roles que deben desempeñar”.

Se hace necesario añadir que la limitación cronológica en cada etapa del desempeño de los roles varían según la cultura, dependiendo también las funciones del género. Esta relatividad en la duración de las etapas que señalan los procesos de maduración para la ejecución de roles nos conduce a una reflexión acerca del poder de la cultura.

Pasaremos ahora a definir el *rol*: se trata de la conducta normativa que el individuo debe cumplir y que el otro espera que cumpla en el proceso de la interacción humana. El individuo revela su conducta según la forma en que ejecuta sus roles y estas manifestaciones señalan la relación del hombre consigo mismo como ser cultural y también la relación con el otro y su entorno (Kluckholm y Murray, 1949). En toda sociedad hay roles adscritos y roles adquiridos. Pero cada cultura asigna valores distintos a cada una de estas categorías. Los roles adscritos están ligados al género y a la edad según el momento del ciclo vital. Los roles adquiridos están vinculados con aspectos sociales, como pueden ser la profesión, riqueza, poder, sabiduría, religión, etc.

El juego de ambos tipos de roles y la preeminencia de uno u otro determinan las características de una sociedad. En las sociedades tradicionales, los roles adscritos son normativos para la mayoría de la población, pero, en cambio, para el sector ligado al poder, el acento recae en los roles adquiridos. En las modernas, se privilegian los roles adquiridos aunque se encuentren áreas de tensión en el cumplimiento de estos roles, por ejemplo, sobre todo, en la mujer. Ella asume roles adquiridos, como los roles profesionales, pero éstos no la liberan de los roles adscritos, como realizar tareas domésticas o cuidar de los niños. Vemos, pues, que cada sociedad, según su cultura, potencia un tipo de roles, fuente de conflicto y de tensión cuando no pueden ser cumplidos de acuerdo a la norma. En las familias, la conjunción de los ejes de los ciclos vitales de padres, hijos, abuelos están continuamente afectando los roles de cada uno.

Cambios de roles debidos a la enfermedad

Al enfermar un miembro de la familia se produce una dificultad en el cumplimiento de los roles y toda la familia debe adaptarse y distribuir dentro de sí los roles de una manera nueva. La creatividad en estos momentos debe ser muy grande y en numerosas ocasiones encontrará, dentro de sí misma, formas de adaptación para superar la crisis y aprender a vivir de otro modo con el apoyo de la familia extendida y/o la comunidad. Este momento no es fácil para la familia porque se halla básicamente afectada por la enfermedad de uno de sus miembros.

Cuando el paciente llega a nosotros con una dificultad provocada por una crisis no puede cumplir con sus roles adscritos y/o adquiridos. No hay un balance exacto de que roles son afectados. A veces es el rol

adscrito el primero y otras es el rol adquirido. La narración del ciclo de vida nos puede explicar la causa de estas diferencias. Uno de los sentidos del tratamiento es crear un espacio terapéutico que permita explorar e intervenir apoyando a esas personas y a su familia. El hecho de centralizarlo en las dificultades de ejecutar los roles que la cultura determina es, evidentemente, una parte importante del tratamiento.

Los factores psicosociales están presentes en toda enfermedad y en todo comportamiento de enfermedad. Aparentemente afectan el transcurso y evolución en dos direcciones: por un lado, la enfermedad tiene un impacto en la vida familiar; por otro, la interacción familiar puede influir en el transcurso de la enfermedad y en la aceptación del tratamiento.

Parece posible definir la enfermedad como un elemento racional, transaccional, compatible con las teorías de terapia familiar, hasta tal punto que muchos terapeutas familiares evitan referirse al diagnóstico clínico fenomenológico pensando que éste los distrae de sus conceptos relacionales, Wynne y otros (1981). La enfermedad comprende la experiencia subjetiva y la observación del comportamiento objetivo. Es necesario diferenciar entre la enfermedad propia, la experiencia subjetiva del sufrimiento y la pérdida de capacidades apreciadas por el paciente y sus personas significativas. Aquí podríamos hablar de la diferencia entre los conceptos de “illness” y “disease”. “Illness” hace referencia a la situación existencial del paciente y “disease” a los instrumentos de diagnóstico y a la lógica científica. Tal vez podríamos traducir estos términos como “dolencia” y “enfermedad”.

La enfermedad deja de ser algo privado e individual, produciendo un poderoso impacto en los adultos afectados y en sus familias. Esto requiere que los servicios terapéuticos creen maneras de apoyar a las familias en su proceso de adaptación.

La aparición aguda o paulatina de una afección mental en un individuo que es padre o madre de familia provoca en ellos una incapacidad de cumplir su rol, poniendo a la familia, ya sea nuclear o extendida, en una situación problemática. Los roles que hasta ahora habían sido parte de la identidad y de la función del paciente pasan a ser redistribuidos dentro de la familia y/o amigos cercanos, redistribución que no es sencilla y para la cual las soluciones intrafamiliares y/o comunitarias no están aún suficientemente preparadas. Según Navarro (1998), citado por Velasco Villa y otros (2004) “con frecuencia, en las personas con discapacidad, los patrones de interacción con la discapacidad y de los distintos miembros entre sí se vuelven rígidos”. Posteriormente, cuando se ha producido una mejoría sintomática es cuando se hace necesario crear una situación que facilite al paciente y a su familia reacondicionar y retomar los roles abandonados parcial o totalmente por la incapacidad producida durante la crisis. La familia que con dificultad asumió esos roles teme romper su *status quo* y no se halla acostumbrada a esta nueva tarea. Muchas veces la asun-

ción de los roles del paciente puede reportar algún beneficio secundario, tanto afectivo como de poder. Frente a este condicionamiento, la familia no es capaz de devolver al paciente los roles previos de forma automática. Ha de llevarse a cabo en este caso un proceso de elaboración, algo así como “descongelar estructuras”. La capacidad de una pareja para retomar su vida conyugal y de repartir o retomar los roles parentales es crucial en la rehabilitación del individuo.

Puede ocurrir que los cambios de roles sean consecuencia de una crisis cuyos motivos son intra o intersíquicos, pero, otras veces, los cambios de roles en el ciclo de vida son el “trigger” que desencadena la aparición de una sintomatología que hasta el momento estaba velada.

En nuestra sala de hospitalización diurna se utilizan distintos lenguajes de expresión y de terapia. Esta posibilidad que a nosotros nos parecía única y original fue utilizada una y otra vez en el transcurso de la historia de la humanidad por las distintas culturas.

El repertorio conductual del paciente que llega en estado de crisis se ha congelado. La flexibilidad adaptativa propia de la normalidad ha desaparecido, sus defensas se hallan inoperantes y no permiten el seguimiento del desarrollo del flujo de la vida normal. Ya Maimónides hablaba de que la buena medicina es la que permite al paciente retomar el cauce de su propia vida. El ciclo vital se ha estancado y necesita de una intervención que le permita retomar el ritmo habitual de su vida.

Aportaremos dos casos como ejemplo de lo que se viene afirmando. Hay en ellos dos figuras parentales, una madre y un padre, y ambos muestran la dificultad de ejecutar sus roles adscritos y adquiridos durante y después de la crisis.

Primer caso clínico

Ruth

Ruth es una mujer de 44 años e ingresa en nuestro servicio porque está deprimida, a veces llora sin motivo y la indiferencia y la tristeza se reflejan en su rostro y en su actitud. En casa pasa horas acostada en la cama, no es capaz de salir a trabajar y tampoco de efectuar las tareas del hogar. Es importante señalar que Ruth siguió cumpliendo con su trabajo (roles adquiridos) aun cuando era incapaz de realizar las mínimas tareas en la casa y con sus niños (roles adscritos). En el momento de su ingreso, la ejecución de ambos tipos de roles estaba seriamente alterada.

Ruth está casada y es madre de 6 hijos de entre 4 y 14 años. Química de profesión, su esposo se ocupa de labores que requieren trabajo físico y recibe una buena remuneración. Ambos buscaron el camino del “Retorno a la Respuesta”, denominación que se da a las

personas que volvieron a la religión. Las familias de origen de Ruth y su marido son tradicionalistas, pero no creyentes ortodoxos, como sí lo son ellos. La joven buscó, por diversas razones, formar una familia con valores diferentes.

Ruth y su familia de origen viven dentro de los límites de una comunidad religiosa ortodoxa y esto significa que hacen extensivo el sentido religioso a todos los aspectos de la vida. Cada miembro de la vecindad es un celoso custodio de la “halaká” (reglas de conducta), que aplica a él y a los demás. Estas reglas establecen de forma paradigmática cómo debe ser la conducta individual y comunitaria.

La intención de la halaká es recordar a los creyentes que toda ocasión y cualquier aspecto de la vida son el centro de la revelación divina. Las bendiciones están prescritas para el amplio espectro de la conducta humana y no hay un área de la misma en la cual el individuo no pueda unirse a Dios.

Ruth soñaba con una familia numerosa como las de sus vecinos que tenían 10 y hasta 12 hijos. Ella sólo tuvo 6. El hecho de no procrear más niños y la poca dedicación en el cumplimiento de las tareas domésticas determinaron en este contexto socioreligioso que su problema no fuera sólo individual y familiar sino también comunitario.

Ruth no fue espontáneamente a buscar ayuda sino que una asistente social relacionada con su lugar de trabajo percibió su estado depresivo y concertó con ella una cita. Le recomendó consultar a un psiquiatra. La vergüenza y el miedo por el estigma de resolver sus problemas en un centro psiquiátrico la inmovilizaron y la acompañaron en los primeros momentos del tratamiento.

En algunas sesiones posteriores recordó que, después del nacimiento de cada hijo, pasó por situaciones similares y, durante un largo período de tiempo, tuvo entrevistas con la mujer del rabino que la ayudó, ofreciéndole comprensión y apoyo.

Ruth, hija única, emigró desde Rumanía cuando tenía 8 años, junto con sus padres. Su madre, superviviente del Holocausto, comenzó a padecer una enfermedad mental siendo Ruth muy pequeña. La madre fue hospitalizada en diferentes ocasiones y durante sus ausencias el padre asumía los roles de aquella para poder cuidar de la niña. También trabajaba como peluquero con el fin de poder sustentar a toda su familia. Ruth se sentía de alguna forma culpable por las ausencias de su madre debido a la enfermedad.

En el proceso de inmigración se debe evaluar el stress que éste ocasiona. El proceso de adaptación es muy difícil cuando el tiempo de los cambios de una sub-cultura difieren de los cambios de la sociedad dominante. No obstante, a pesar de estas dificultades, Ruth logró desarrollar sus roles adquiridos en las instituciones de aprendizaje. Era una buena alumna en la universidad, en donde obtuvo el título. Era estable en su trabajo y permaneció en él hasta poco antes del ingreso.

En su grupo cultural, el rol de la mujer está muy marcado por valores esenciales respecto al matrimonio y la procreación. La boda siempre es concertada por un intermediario que sabe, tradicionalmente, que cada persona tiene su complemento determinado en otra. Después de algunas entrevistas frustradas, aceptó a quien le propusieron como esposo porque temía perder la oportunidad de contraer matrimonio.

El tipo de familia ultraortodoxa exige la ejecución minuciosa de los roles adscritos: tener muchos hijos, cuidar su casa, servir a su marido. El hombre debe estudiar para poder transmitir a sus hijos la observancia de los preceptos religiosos.

El marido de Ruth es un inmigrante de América Latina, con gran distancia intercultural y con dificultades de adaptación entre ambos muy marcadas. A menudo es muy difícil para los contrayentes entender una actitud sin conocer los valores que la sustentan.

La desilusión de Ruth tuvo lugar después del primer parto, ya que nació una niña y ella no sentía amor por ella. Ruth mantuvo la esperanza de que esto no suceda con sus otros hijos, pero los niños no le aportaron alegría alguna. Después de los sucesivos partos caía en un estado de abulia y de tristeza. Durante el último embarazo, su padre enfermó y lo llevó a casa para cuidarlo. El padre, a pesar de su malestar físico, se interesó en todo momento por ella e influyó de forma positiva sobre Ruth gracias a que la comunicación entre ellos era muy buena.

Pero como estaba embarazada y el desenvolvimiento de las tareas domésticas era prácticamente nulo, Ruth aceptó enviar a su padre a un hogar de ancianos en el que finalmente murió. Tras el fallecimiento del padre y el nacimiento de su última hija, Ruth cayó en una depresión profunda. Por esa época, el hogar se halla desorganizado, no logrando cumplir con ninguna de las labores domésticas, que pasan a su esposo, que está enfurecido porque ello le impide cumplir con su rol de estudiante y de trabajador. El estigma de la enfermedad mental lo llevó a no creer en la depresión de Ruth, y la acusaba de haragana, irritándose con evidente alteración e insultándola continuamente. Ruth recurrió de nuevo al consejo de la esposa del rabino, pero en este caso la ayuda no fue nada eficaz.

Durante el tratamiento Ruth mejoró un poco, pero tuvo sucesivos altibajos. En la terapia habló de su infancia, durante la cual su madre, enferma mental, llegaba a ser hospitalizada muchas veces en épocas festivas. Lo interpretaba como un castigo de su madre porque ella era mala. Retrospectivamente se veía a sí misma como una niña triste, solitaria, vergonzosa, que no podía llevar amigos a su casa. Este mismo clima, que tanto dolor le causó, se repetía ahora en su hogar. Muchas veces se negaba a participar en la cena ceremonial de los sábados, ocasionando un malestar en sus hijos debido a la ausencia materna. Tampoco ellos podían llevar amigos a casa porque se avergonzaban de

Ruth. Durante todos estos años, en el matrimonio, casi no se han comunicado entre sí por lo que, en dos ocasiones, acudieron a una terapia de pareja con la esperanza de mejorar la comunicación.

Cuando llegó al hospital estaba deprimida, la ropa a veces no presentaba un aspecto limpio y solía estar descosida. Ofrecía la imagen de mujer desaliñada. Cuando hablaba, su voz sonaba monótona, sin modulación, y la mirada no se apartaba del suelo. No intervenía en las reuniones de grupo y le resultaba difícil contestar a las preguntas del equipo terapéutico.

En casa, los niños se peleaban, no había comida ni orden. Ella no encontraba forma de exigirles que cumplieran con sus obligaciones como tuvo que hacer ella cuando su madre estaba hospitalizada. Ruth recurrió a la estratagema de reclutar a alguno de sus hijos para que la ayudaran: darles dinero por cada tarea realizada. Pero, muchas veces, los hijos respondían que si ella no realizaba las labores, ellos tampoco.

Se tomó la decisión de citar al marido para que la entrevista fuera conjunta, pero él no asistía con regularidad sino eventualmente. En la entrevista se enfadó porque el definió a Ruth como una enferma que requería tratamiento y medicación. Él opinaba que se trataba de una persona vaga y obcecada.

Es común que, en el transcurso de la enfermedad psiquiátrica, la familia no acepte el abandono del rol familiar y social. Asimismo es común que la familia conciba la enfermedad mental como responsabilidad total del paciente, lo que le obliga a asumir una serie de obligaciones para consigo mismo que no se halla en condiciones de cumplir.

Durante el tratamiento, el esposo comenzó a aceptar la situación y a tratar de encontrar la forma de que alguien asumiese los roles abandonados por Ruth. Accedió a contratar una mujer que la ayudara en las tareas domésticas. Así, las labores del hogar fueran realizadas con cierta normalidad. Ruth se sentía menos culpable y comenzó a ocuparse de sí misma. Llegaba aseada al hospital y cambió de colores en su vestimenta. Refirió que había vuelto a las clases de religión y que se preocupaba, además, de comprar juguetes para sus hijos.

Las sesiones de terapia de movimiento fueron una sorpresa para ella. Acudía asiduamente, percibiendo el efecto positivo que le reportaban en su situación. Adquirió movimientos más flexibles y, de una actitud rígida, pasó a caminar con otra compostura. En el tiempo que duró la terapia se notó una marcada diferencia con respecto a las primeras sesiones, en las que tenía serias dificultades incluso para lanzar una pelota. Gozaba de esas horas, consciente de que estaba recibiendo algo que no tuvo en su infancia.

En un grupo terapéutico de padres, centralizado en los roles, conoció a otros padres que tenían dificultades parecidas a las de ella. Esto la hizo perder un poco la sensación de soledad con la cual venía. Apoyada por el grupo y por la terapia individual, comenzó a retomar

su rol de madre y a ocuparse en organizar la ceremonia que señalaba el paso a la adolescencia de su hija. Volver a ejercer este rol adscrito provocó un avance en su desarrollo vital. Por primera vez se permitieron, ella y su marido, salir un par de veces solos. Este fue un hecho insólito y único en sus vidas, pues no lo habían hecho nunca antes. Se produjo una separación generacional que los ayudó más adelante a retomar sus papeles de autoridad paterna y materna, perdidos durante los meses de la enfermedad de Ruth.

En la terapia del cajón de arena¹, Ruth trabajó sobre situaciones de su vida de las cuales nunca se atrevió a hablar antes. Al principio usó las distintas figuras para mostrar una familia ideal, como ella quería, y después relató de forma emocionante el dolor que sentía por la muerte de su padre. En otra sesión narra cómo desde su infancia quería que su madre se muriera y en sus pensamientos siempre volvía al deseo de la muerte de la madre. Decía: “Cómo podía hablar de una cosa así. Por eso estuve callada tanto tiempo. Mi padre (para representarlo escogió una figura de un vikingo poderoso) falleció primero y yo me quedé al cargo de mi madre, que estuvo tantos años hospitalizada y está ahora en un hospital para enfermos crónicos...”.

Una vez relatado todo esto, pudo ir a visitar a su madre y fue capaz de enfrentarse al hecho de la operación a que ésta debía ser sometida con grave riesgo de fallecer. Ahora se siente con fuerza para afrontarlo. En la última sesión del cajón de arena salió a navegar en una canoa en dirección a un bosque.

Discusión

Ruth proviene de una familia en la que la enfermedad mental de la madre obligó a una reorganización de los roles. Desde pequeña se vio abocada a actuar como una persona mayor. Partimos de un enfoque clínico complementado por un enfoque interpersonal, social y cultural. Se trataba en lo posible de reinsertar a Ruth en su familia, en su medio cultural y en su comunidad.

Walsh (1983) asegura que la respuesta de la familia está influenciada por las experiencias pasadas. Los hechos que ocurren en el tiempo normal del ciclo son más adaptables que aquellos que ocurren “fuera del tiempo”, antes o después de lo que la norma establece. Los

¹ *Terapia del cajón de arena*: Técnica terapéutica que corresponde a la escuela junguiana, en la que se utilizan un cajón de arena y múltiples objetos que representan elementos de la vida diaria junto con figuras en las que pueden ser proyectadas relaciones interpersonales, estructuras familiares, etc. Esta terapia se aplica tanto a niños como a adultos y permite expresar problemáticas y conflictos en forma no verbal, y poner en evidencia arquetipos inconscientes. Se emplea en procesos de duelo, neurosis y también en otras manifestaciones psicopatológicas.

sucesos traumáticos para Ruth ocurrieron en su infancia cuando aún no estaba preparada para asumir tales roles. Ocurrieron “fuera del tiempo”.

Es importante detectar los tiempos del ciclo de vida en la generación anterior. La imposibilidad de desempeñar los roles adecuados como madre y esposa reproduce, de alguna manera, la situación que padeció Ruth en su infancia debido a la enfermedad de su madre. La meta de la intervención fue darle la posibilidad de volver a retomar una sensación positiva sobre su persona, el control de aspectos importantes de su vida y encaminar a la pareja para que siguieran viviendo ambos con una mayor satisfacción.

El hecho de que ella se reafirme en sigue siendo la madre de sus hijos y que con ayuda puede seguir ocupándose de ellos, la flexibilidad relativa que aparece en su cuerpo y el cuidado de su vestimenta han sido los cambios logrados por la institución. El proceso de reinserción es difícil y hay situaciones que nos llevan al optimismo o al pesimismo. La necesidad de cambio produce miedo y esto es una barrera que impide recuperar los roles perdidos.

Debemos añadir que, en ocasiones, estos roles no son completamente coherentes y disienten de la cultura del paciente, y otras veces marcan la imposibilidad familiar de realizarlos mejor. La enfermedad y el tratamiento ofrecen la oportunidad de una revisión que no conduce al retorno automático de la situación anterior. Por ello, la búsqueda de soluciones distintas, creativas y adaptativas para el paciente y la familia es una de las finalidades que persigue el tratamiento.

Segundo caso clínico

José

José es un hombre de 40 años, padre de 6 hijos y abuelo de un niño de 3 años. Es miembro de una familia numerosa de origen kurdo, compuesta por una docena de hermanos que viven cerca unos de otros. Es una familia que, en sí misma, crea una pequeña comunidad solidaria y cada acontecimiento de la vida de los integrantes es compartida por todos, y en la que la sociabilidad está cargada de rituales. Por otra parte, la familia reside en una zona habitada en su mayor parte por personas del mismo grupo étnico, lo cual exige que haya transparencia en las relaciones interpersonales.

José es un *self-made man* (hombre hecho a sí mismo). Llegó por méritos propios a un alto cargo en el ejército y luego pasó a otro elevado puesto de dirección en una institución pública. Gracias a esto se sustentaba la casa con holgura. Justamente antes de su enfermedad hicieron grandes reformas en casa, lo que ocasionó uno de los proble-

mas importantes que surgieron después del ingreso. Su mujer, más joven que él y muy vivaz, nunca trabajó fuera de casa. Sus roles fueron la procreación, el cuidado de la casa y la buena disposición a recibir en ésta a los numerosos miembros de la familia. Una cualidad muy importante de ella era la relación con sus hijos, el conocimiento de sus necesidades y la posibilidad de ejercer de intermediaria entre los deseos de aquéllos y la autoridad del padre.

La estructura de la familia es la de una familia extensa patriarcal, con autoridad indiscutible del padre de José; estructura que se repite en cada una de las unidades de procreación: la concentración de la familia es patrilocal.

La enfermedad de José se manifestó de forma aguda después de un trauma que se originó cuando, en cumplimiento de sus tareas, en un día festivo en que nadie trabajaba, quedó encerrado en un ascensor durante muchas horas y experimentó el temor justificado de que nadie fuera a salvarlo. A partir de este episodio se transformó en un individuo fóbico que no podía estar solo en ningún momento. Temía afeitarse, para ir al baño requería la presencia de uno de sus hijos o de la esposa, venciendo el pudor que le caracterizaba. Dormía en el salón para estar seguro de que había gente a su alrededor. Sufrió claustrofobia y ataques de pánico cuando estaba en una habitación cerrada y esto le imposibilitaba ir a comer a casa de sus padres y hermanos o asistir con su padre a las ceremonias del templo, pues acostumbraba a ir con sus hijos a buscar a su padre todos los sábados para ir a rezar.

Era un hombre de carácter autoritario y severo, laborioso y respetado en el trabajo; ayudaba a sus hijos en las tareas escolares y seguía atento la evolución de cada uno de ellos para que no se desviarán. Su hijo menor fue engendrado antes del trauma y se refería a él con cierto pudor.

Durante el tratamiento tuvieron lugar varias entrevistas de pareja donde apareció el enfado y la impaciencia por haber dejado de ser "hombre fuerte". Su mujer se quejaba de hubieran disminuido los ingresos en la economía doméstica y de que hubiera dejado de ayudar a sus hijos en las tareas escolares. La extensa familia se extrañaba de su ausencia en los ritos familiares, tan importantes para mantener ese fuerte vínculo que lo unía con sus padres y hermanos.

José, para evitar los ataques de pánico, se mantenía obsesivamente inactivo. La búsqueda de compañía en el desempeño de cualquier función y el permanecer dentro de límites estáticos se debía al miedo a volver a sentir el pánico que el trauma le había provocado. Esto conformaba un círculo vicioso que hacía que la sintomatología no desapareciese, pues no era capaz de hacerle frente.

Por otro lado, los ataques de pánico le provocaban hipertensión, aumentando la complejidad del problema. Además, sufría un miedo vergonzante después de su exitosa carrera militar. El diagnóstico que se le hizo fue: paciente con desórdenes postraumáticos.

Participaba en las sesiones de grupo diurnas, pero, de forma obsesiva, volvía a referirse a sus síntomas y a explicitarlos. El cuerpo reemplazaba, como metáfora, a la experiencia emocional, describiendo y explicitando las sensaciones corporales (Kleinman, 1980).

Clínicamente, la somatización es vista por lo general como un mecanismo de defensa basado en una psicopatología (Kirmayer, 1998). En muchas culturas, la búsqueda de ayuda, tanto en el hospital como en la familia, está organizada alrededor de la queja corporal y no de los conflictos psicológicos. El DSM.III.R define los desordenes postraumáticos como aquellos que una persona experimenta y que están fuera de los hechos usuales de la experiencia humana. Así, por ejemplo, una amenaza traumática sería una amenaza a la integridad física personal, o a la familia y amigos, o a la destrucción súbita del hogar o de la comunidad. En el caso de José, la experiencia fuera de los acontecimientos habituales consistió en el encierro en el ascensor, hecho por el que sintió amenazada su vida.

En las sesiones con la pareja se trabajó con los roles de José respecto a los miembros de su familia nuclear con el fin de que restableciera los vínculos. Pese a las limitaciones en la ejecución de roles, José fue atendido en algo que pedía: que su esposa saliera a trabajar, si bien ella se resistía a ello.

El paradigma de la familia de José era la solidaridad. Todos se unieron para protegerlo. La familia entendió que ya no era el hombre fuerte de antes y, además, la insistencia de éste en poner de relieve sus síntomas físicos dio pie a la familia para que lo considerara enfermo orgánico.

Hubo una alteración de los roles. La mujer de José se convirtió en la proveedora económica de la familia y José se quedó en casa cuidando al niño pequeño y realizando labores domésticas.

Discusión

La actitud de toda la familia, protegiéndolo, lo condujo a una situación en la cual le era muy difícil retomar los roles adquiridos en el trabajo y en la responsabilidad de mantener a su familia. Casi al final del tratamiento, apoyado también por las sesiones de pareja, comenzó a ayudar a sus hijos en las tareas escolares y a interesarse por sus problemas. Retomó algunos roles familiares, visitando con mayor asiduidad a sus padres y, gracias al influjo de éstos, comenzó de nuevo a estudiar religión, como era normativo en su familia de origen. Tuvo un sentido de mayor aceptación de su vida y de las limitaciones que el trauma le había originado. La confluencia de la aceptación y protección de la familia, por una parte, y la situación de inmovilidad en que se instaló hicieron que no se pudieran lograr mayores avances en el tratamiento.

Conclusión

Muchas veces tenemos la sensación de que las enfermedades, o las circunstancias de la vida en las cuales aparecen, son mecanismos de defensa de situaciones insostenibles; así, la aparición de una enfermedad mental produce una quiebra en los modelos de adaptación que no son adecuados para el paciente.

Young (1995) sostiene que el evento traumático hace que el sujeto perciba el mundo como un lugar hostil. El ego está en una perpetua lucha por adaptarse a un nivel que sea compatible con sus recursos disminuidos. Por eso, el individuo pide pocas cosas a la realidad con el fin de lograr un equilibrio aceptable. Este empobrecimiento provoca una pérdida de intereses.

El tratamiento de pacientes que sufren una crisis emocional o la agudización de una enfermedad mental debe tener en cuenta la rehabilitación de los roles familiares que el paciente desempeña. Esta rehabilitación de los roles ejerce un cometido fundamental en la recuperación de la auto-imagen del paciente que se ha dañado con la aparición de la enfermedad.

El relato del ciclo de vida nos permite analizar los roles que el paciente desarrollaba antes de la crisis y la red de relaciones interpersonales, pues, en ésta, cada individuo ejerce un rol complementario.

El proceso de rehabilitación de José fue mas limitado que el de Ruth. Si bien es cierto que sus diagnósticos fueron diferentes, es interesante señalar aquí el papel que juega el concepto de enfermedad. Para Ruth, el seguir siendo considerada una enferma significaba estar aislada no sólo de su familia sino también de la comunidad en la que estaba inserta, ya que, para esta comunidad, una persona sana es la que cumple con sus roles. Para José y su familia, el acento puesto en los síntomas (palpitaciones, sudor, hipertensión, miedo y vergüenza) favoreció el que fuera considerado realmente como enfermo y que, al aceptar esta limitación, se brindaran a ayudarlo.

Bibliografía

- Eisenberg, L. 1977. Disease and illness. Distinction between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1: 9-23.
- Erikson, E. 1950. *Childhood and society*. New York. Norton.
- Fabrega, H. 1992. The role of culture in a theory of psychiatric illness. *Social Science and Medicine*. 35.1: 91-103.
- Goffman, E. 1972. *Asylums: Essay on the social situation of mental patients and other inmates*. New York Doubleday.

- Kirmayer, L. J. and Young, A. 1998. Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*. 60: 420-430.
- Kleinman, A. 1978. International health care planning from ethnomedical perspective. Critique and recommendation for change. *Medical anthropology*. 2. 2: 71-96.
- Kleinman., A. 1980. Patients and healers in the context of culture. California. The University of California Press.
- Kluckholm, C. and Murray, H. 1949. Personality in nature, society and culture. New York. Knoff.
- Mc Goldrick, M. 1983. Ethnicity and family therapy. An overview. In: M. Mc Goldrick, J.K.Pearce, J. Giordano. Ethnicity and family therapy. New York, London. The Guilford Press. 3-31.
- Minuchin-Itzigsohn, S., Hirschfeld, R., Hanegbi, R. 1997. "Los roles en la familia etiope. Cambios y enfrentamientos". En: E. Amir, A. Zahavi, R. Pragayi. Una raíz y múltiples ramificaciones. Ed. Magnes. Universidad Hebrea. Jerusalén. 67-98 (en hebreo).
- Navarro Góngora, J. 1998. Familias con personas discapacitadas: características y fórmulas de intervención. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.
- Turner, V. 1980. La selva de los símbolos. Siglo XX. Madrid.
- Velasco Villa, M., Robles Candanedo, C., Fernández Hawrylak, M. 2004. "Discapacidad y ciclo vital familiar". *Familia*. Julio. N. 29. Universidad Pontificia de Salamanca. 95-106.
- Walsh, F. 1983. The timing of symptoms, and critical events in the family life cycle. En: J. Hansen, H. A. Liddle: Clinical implications of the family life cycle. Aspen Systems Co. Maryland. 120-132.
- Westermeyer, F. 1986. Migration and Psychopathology. En: C.L. Williams, and F. Westermeyer. Refugees mental health in resettlement countries. Hemisphere. Washington. 35-79.
- Wynne, L.C. 1981. Current concepts in family relationship of schizophrenics. *Journal of nervous and mental disease*. N. 169. 82-89.
- Young, A. 1995. The harmony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorder. Princeton University Press. Princeton. New Jersey.

