**MOVILIZACIÓN VINCULAR, PROCESOS DE AJUSTE Y ADAPTACIÓN ANTE LA
INFECCIÓN POR VIH**

Camilo Ernesto Ramírez Hermida

Mg. Diana Janneth Laverde Gallego

Directora

Juan José Cuervo PhD.

Asesor

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS.

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA FAMILIA.

Bogotá, D.C., 13 de Junio de 2018

Agradecimientos

En este apartado quiero tener en cuenta a todos aquellos que hicieron posible, el inicio y la culminación de este sueño de académico.

Quiero agradecer en primer lugar a Dios y a la comunidad dominicana por haberme dado la oportunidad de continuar mi preparación a nivel profesional, por la paciencia que me tuvieron a lo largo de estos años, por el apoyo que me dieron al animarme a terminar este proyecto.

También quiero agradecer a aquellos maestros que a lo largo de la vida me han dado pautas para aprender y manejar con destreza mis conocimientos.

Fue importante para mi contar con el apoyo incondicional de mi familia, mis padres, mis hermanos, mis sobrinos, quienes me han animado a lo largo de mi vida, y me han enseñado la importancia de terminar lo que se empieza y no dejar nada a medias.

Te agradezco profundamente a ti Eliana por tu respaldo y compañía, por inspirarme a continuar y por acompañarme a alcanzar mis triunfos.

Finalmente quiero agradecer a dos personas, dos maestros, que estuvieron pendientes de mí y de mi proyecto, Dr. Juan José Cuervo por haber creído en mi proyecto, por ayudarme a encontrar un horizonte y brindarme las bases para rescribirlo. Y a la Dra. Diana Laverde, por su apoyo constante, e incondicional, por escucharme y escuchar las necesidades que tuve en su momento, por animarme a seguir adelante a pesar de las dificultades y conseguir mis sueños, por brindarme sus conocimientos, su tiempo, por darle alas a mi proyecto y ayudarme a subir al cielo del conocimiento.

Les estaré eternamente agradecido.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	6
Abstract.....	7
Presentación	8
Introducción.....	11
Pregunta general de Investigación- Intervención	14
Objetivos	15
Hipótesis.....	15
Estado del Arte.....	17
El estudio de las dinámicas vinculares.....	19
Estudios alrededor del diagnóstico del VIH y la Familia.....	25
Afrontamiento VIH y Familia.....	27
Sistema Teórico	30
Una mirada a la perspectiva Eco-Eto-Antropología y la Cibernética de segundo orden.....	31
La crisis	34
Compresiones sobre el vínculo	36
Sistemas de Significación	39
Procesos de Ajuste, Adaptación y Crisis Familiar	46
Estrategias de Afrontamiento como medio vital para superar la crisis.....	47
Crisis en procesos de VIH	49
El Cambio como parte del proceso de ajuste	54
Método	55
Una explicación de la Modelización Sistémica	55
Fases de proyecto de investigación intervención	60
Principios operadores	63
Conceptos Metodológicos	67
Estrategias	68
Contexto de investigación/intervención.....	71
Participantes.	72
Procedimiento para la construcción de resultados.....	83
Resultados	84
Descripción General del caso	85
Escenario 1. El diagnostico, un pretexto para el cuidado fraternal.....	87
Escenario 2. Mitos familiares sobre la enfermedad/salud.	92
Escenario 3. Agendas ocultas, al revelado.	96
Escenario 4. La Enfermedad, un pretexto para construir familia.....	100

Escenario 5. ¿H Superhéroe o víctima?.....	106
Escenario 6. La crisis, una posibilidad para el encuentro familiar.....	111
Buscando responder las preguntas orientadoras.	113
Los resultados a la luz de las Hipótesis de investigación/intervención.	119
Discusión	124
La Dinámica Familiar un pretexto para la movilización	125
El Vínculo como organizador de experiencias	127
Los Sistemas de Significación alrededor de la “enfermedad”, “la crisis” y el “cambio”.	129
Descubriendo los mitos	129
Comprendiendo las epistemes	131
Asumiendo los ritos en familia.....	132
La experiencia de la Crisis	133
El reto de descubrir y vivir las estrategias de afrontamiento familiar	135
Conclusiones.....	139
Post escritum.....	148
Bibliografía.....	148

Lista de figuras y tablas

	Pág.
Tabla 1. Datos Bibliométricos del estado del arte	19
Figura 1. Modelización de la investigación/intervención	59
Tabla 2. Escenas de la intervención del prediseño	76
Tabla 3. Matriz del prediseño	77
Tabla 4. Matriz del diseño	78
Tabla 5. Escenas de intervención del diseño	79
Figura 3. Genograma del consultante identificado	86

Resumen

La presente investigación- intervención se inscribe en el Macro-proyecto de Vínculos, Ecología y Redes de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás. El fenómeno de estudio se relaciona con la comprensión de los vínculos de un sistema familiar que fue atendido en consulta psicológica, en la IPS Asistencia Científica de Alta Complejidad, como acompañamiento al diagnóstico por infección por VIH dado a uno de sus miembros.

La pregunta que oriento la investigación/intervención fue ¿Cómo se comprende la configuración del sistema terapéutico en torno a los procesos de crisis y adaptación de una familia atendidas en la IPS Asistencia Científica de Alta Complejidad por diagnóstico positivo de infección por VIH de uno de sus miembros desde la perspectiva vincular?

Se realizaron seis (6) sesiones con la presencia del paciente identificado, miembros del sistema familiar, profesionales médicos de la Institución y el Investigador-interventor, los cuales permiten dar cuenta de los mitos, ritos y epistemes familiares con respecto al VIH y la movilización de ellos. Los resultados generales muestran que la movilización familiar de los ritos, mitos y epistemes, y, la comunicación entre los miembros del sistema familiar y la institución, favorecen el periodo de crisis relacionado con la denominada “enfermedad”, reconociendo recursos y capacidades personales y familiares para afrontar a la misma.

Palabras clave: Movilización, Dinámica Familiar, Vínculos, Ajuste y Adaptación, Crisis, VIH, mitos, ritos y epistemes

Abstract

The present research-intervention is registered in the Macro-Project of Links, Ecology and Networks of the Master's in Clinical and Family Psychology of the Universidad Santo Tomás. The phenomenon under study is related to the understanding of the links of a family system that was attended in psychological consultation, in the IPS Asistencia Científica de Alta Complejidad (Scientific Assistance of High Complexity), as accompaniment to the diagnosis by HIV infection made of one of its members.

The question that orients the investigation/intervention was how do we understand the configuration of the therapeutic system around the crisis processes and adaptation of a family attended in the IPS Scientific Assistance of High Complexity by positive diagnosis of HIV infection of one of its members from the link perspective?

Six (6) sessions were carried out with the presence of the identified patient, members of the family system, medical professionals of the institution and the investigator-auditor, which allow to account for the myths, rites and family epistemes as related to HIV and their mobility. The overall results show that the family mobilization of the rites, myths and Epistemes, and, the communication between the members of the family system and the institution, favor the period of crisis related to the so-called "disease", recognizing personal and family resources and capacities to cope with it.

Key words: Mobilization, family dynamics, linkages, adjustment and adaptation, crises, HIV, myths, rites and Epistemes

Presentación

El presente documento da cuenta del estudio realizado con personas que han sido diagnosticadas con el virus del VIH, sus familias y el equipo de profesionales de la IPS Asistencia Científica de Alta Complejidad en la ciudad de Bogotá. Dicho estudio estuvo orientado a la comprensión del proceso de dinamización de los vínculos afectivos de una familia que fue atendida en consulta psicológica en la IPS, como acompañamiento al proceso de adaptación ante el diagnóstico de VIH a uno de sus miembros.

El trabajo llevado a cabo se configuró en la modalidad de investigación-Intervención, acorde a lo propuesto en la Maestría en psicología clínica y de la familia de la Universidad Santo Tomás y se adscribió a macro proyecto de Vínculos, ecología y redes; el cual pertenece a la Línea de Investigación “Psicología, sistemas humanos y salud mental”.

Conceptualmente, se fundamentó en la perspectiva eco-eto-antropológico del vínculo propuesta por Jacques Miermont (1993), quien recoge el pensamiento de Gregory Bateson, Edgar Morin y Boris Cyrulnik (Hernández, 2010) la cual fundamenta el macro-proyecto institucional de vínculos. Así mismo, el estudio buscó enfatizar en las dinámicas vinculares en los procesos de ajuste y adaptación, con el fin de aportar elementos interventivos de acompañamiento a personas y sus familias ante la noticia del diagnóstico de cero positivo.

Por tanto, a nivel general, este trabajo reconoce el enfoque sistémico constructivista-construccionista-complejo, puesto que provee de herramientas de y para la comprensión a partir de un cambio de paradigma que implica “la generación de explicaciones contextuales y

procesuales, cuya vigencia no pretende ser permanente ni universal, sino respetuosa de las particularidades de las situaciones, las personas y los tiempos” (Hernández, Estupiñán y otros 2003, p. 38). De la misma manera, se preocupa por la relación que se construye entre el terapeuta y el sistema familiar, teniendo en cuenta que se teje una relación vertical que favorece compartir información y consensuar elementos centrales del trabajo a desarrollar.

En definitiva, el enfoque asumido en el presente estudio, comparte el reconocimiento de la complejidad, de la diversidad y de la creatividad como características de la vida social; incorporando, además el énfasis a la dimensión vincular como esencial para la comprensión del desarrollo humano, en especial, en situaciones que implican crisis, ajuste y adaptación familiar, ante la noticia de enfermedad de uno de sus miembros.

Finalmente, y con el propósito de dar paso al desarrollo del presente documento nos permitimos describir brevemente los capítulos que lo componen. En primer lugar, en la Introducción, se enuncia el problema de investigación/intervención, las preguntas, los objetivos y las hipótesis que orientaron el desarrollo del trabajo. En segundo lugar, se encuentra el Estado del Arte, capítulo que presenta una reflexión derivada de la revisión documental de investigaciones y estudios en torno a la dinamización de los vínculos afectivos de sistemas familiares atendidos en consulta psicológica, como acompañamiento al diagnóstico de infección por VIH. Dicha revisión abarcó documentos elaborados en los programas de pregrado de Psicología y Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás y de Psicología en la Universidad Javeriana; y artículos de revistas científicas de Psicología, publicados entre los años 2000 y 2014.

En tercer lugar, se presenta el Sistema Teórico en el cual se da cuenta de los principios paradigmáticos, epistemológicos y teóricos, lograda en función del interés

investigativo/interventivo propuesto. Así, se describen los principios orientadores de la perspectiva sistémico-compleja y de la línea de investigación vínculos, ecología y redes; y se integran presupuestos teóricos de procesos de ajuste y adaptación familiar y cambio.

Posteriormente, en cuarto lugar, se encuentra el apartado de Sistema Metodológico en el cual se describen las particularidades del trabajo realizado, las características de los participantes, el pre-diseño y neo-diseño, así como las categorías que orientan el diseño metodológico y análisis de resultados. Dicho apartado se organiza enmarcado en la modelización sistémica como una noción que destaca la capacidad del investigador/interventor para elaborar un modelo que le permite organizar intencionalmente la experiencia que ha vivido (Hernández, Estupiñan y Bravo, 2006).

En quinto lugar, se presentan los resultados a la luz de la sistematización y análisis de los encuentros de investigación e intervención realizados. Luego, en sexto lugar, se da paso a los capítulos de Discusión y Conclusiones finales que emergen en el dialogo entre los resultados, el sistema teórico y el estado del arte, en función con los objetivos que guiaron este estudio.

Pasemos así entonces al documento que pretende dar cuenta del proceso llevado a cabo en la investigación/intervención, con miras a la comprensión de la dinámica vincular de dos familias que fueron atendidas en consulta psicológica en la IPS Asistencia Científica de Alta Complejidad.

Introducción

La infección por VIH representa un importante problema de salud pública a nivel mundial, constituyéndose aún hoy día en una pandemia. Muchos han sido los recursos económicos que se han destinado para su investigación, grandes esfuerzos se han llevado a cabo para lograr erradicar esta enfermedad, lo que poco a poco va arrojando resultados que han permitido posibilidades para su prevención e intervención, “las nuevas infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida han disminuido tremendamente desde el punto máximo de la epidemia” (ONUSIDA, 2015).

Según algunas cifras de ONUSIDA (2017) a junio de 2017, había 20,9 millones de personas en tratamiento, entre 2010 y 2016, las nuevas infecciones por el VIH en los niños se redujeron en un 56 % en África oriental y meridional, la región más afectada por el VIH, y en un 47 % a nivel mundial.

A junio de 2015, había 15,8 millones de personas en tratamiento. Al mismo tiempo, pese a que las nuevas infecciones por el VIH han disminuido, todavía hay un número alto de nuevas infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el sida cada año. En 2014, alrededor de 2 millones de personas se infectaron con el VIH y 1,2 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida.

En Colombia, particularmente, a diferencia de esta tendencia mundial, y según los registros en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA, se observa una tendencia creciente de notificación donde, por ejemplo, para el año 2012 se notificaron al sistema 7.624

casos, mientras que para el 2013 fueron 8208 casos los registrados, lo que corresponde a un incremento cercano al 7% en su notificación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Según la información reportada a la Cuenta de Alto Costo por la EPS y que trae estadísticas del 2013 (SIVIGILA, en Ministerio de salud y protección social, 2014), se encuentra que por departamentos del país el mayor número de personas afectadas con VIH se encuentran en: Bogotá con 11467 casos, seguido por Antioquia con 7537 casos, Valle con 6.264, Bolívar con 1918 y Santander con 1694, seguido muy de cerca por Córdoba con 1613 casos.

La concentración de los casos de VIH en Colombia durante el año 2017 se dio principalmente en Bogotá, Medellín, Cali, seguidas de Barranquilla y Bucaramanga.

Ricardo Luque Núñez coordinador del grupo de salud reproductiva del ministerio de salud pública de Colombia aclara que desde que apareció la enfermedad en el país, hasta el año anterior (2017) se han reportado un total 120.622 casos, de los cuales 11.328 fueron reportados y confirmados en el sistema nacional de vigilancia de salud pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud a lo largo del 2016; siendo 78,8% hombres y 21,1% mujeres siendo la vía sexual en mecanismo de transmisión en el 98,5% de los casos.

Estos datos además de preocupantes, permiten contextualizar la importancia que tiene el abordaje de procesos de atención e intervención, pero también, nos invitan a pensar la atención temprana de las personas que son diagnosticadas como portadoras del VIH, ya que como lo argumentan diversos estudios, las condiciones medioambientales que rodean a la personas enfermas, y más en el momento del diagnóstico, son fundamentales para su recuperación, o por lo menos para evitar que su situación personal empeore.

Comprender la situación de las personas con diagnóstico de VIH implica adicionalmente reconocer lo que ha sido denominado la “epidemia del estigma social”, la cual es señalada por expertos de Organizaciones como un obstáculo muchas de las veces infranqueable, y que dificulta el control y la atención de la enfermedad Díaz, (2003). El estigma asociado a la infección por VIH, por parte de las personas del entorno social y de los grupos o comunidades con los que se le asocia, y expresado en desacreditación, discriminación y descalificación de las personas que viven con dicha enfermedad, instan a encaminar esfuerzos a la configuración de modelos de intervención dirigidos tanto a la detección y aplicación de tratamientos médicos apropiados, como a la puesta en práctica de acciones de acompañamiento y apoyo tanto a las personas diagnosticadas con VIH como a sus familias.

Existe una tendencia creciente a considerar a la infección por VIH como una enfermedad familiar según la cual, la “familia con VIH” señala que los miembros de la familia también son afectados, lo cual representa un útil marco de referencia para la planeación de políticas de salud y el desarrollo de programas de intervención (Kenneth, H. Mayer, H.F, 2009 p. 539). En ese sentido, esta propuesta se encamina a realizar aportes a la atención especializada, más allá de lo estrictamente médico, abarcando tanto la dimensión individual de la persona que ha sido diagnosticada, como a su familia y de manera específica a su universo relacional.

Interesa entonces, el estudio comprensivo de los procesos de dinamización de los vínculos afectivos de familias atendidas en consulta psicológica en la IPS Asistencia Científica de Alta Complejidad, en Bogotá, Colombia, como parte del acompañamiento que se brinda a las personas que han sido diagnosticadas como infectadas por el virus del VIH.

Este estudio también recoge el interés expresado por el comité de investigaciones de la IPS, en cuanto a la importancia de lograr obtener aportes desde la psicología clínica para la

optimización de los procesos de acompañamiento a las personas que son informadas de un diagnóstico positivo para el VIH. Emergen alrededor del fenómeno de estudio varias preguntas que orientan la investigación, entre ellas: ¿Qué dilemas emergen en la familia en ante la infección por VIH de uno de sus miembros y como dichos dilemas contribuyen a la configuración del sistema terapéutico?, ¿Cuáles son las comprensiones que los miembros del sistema terapéutico han construido acerca del proceso propuesto por la IPS como acompañamiento, y cómo dichas concepciones contribuyen o no a la configuración del sistema terapéutico?, ¿Cómo los procesos autorreferenciales logrados por el investigador- interventor ante la enfermedad por VIH, pueden contribuir al sistema familiar en sus procesos de afrontamiento de la enfermedad?. En cuanto a los procesos interventivos emergen preguntas en torno a ¿Cómo la reconfiguración de los mitos, ritos y epistemes familiares contribuye al afrontamiento familiar del diagnóstico por VIH?,

Finalmente, y con el propósito de precisar lo pertinente al fenómeno de estudio, importante aclarar que el trabajo se interesa en la comprensión y movilización de procesos vinculares en un sistema familiar que fue atendido en consulta psicológica, en la IPS Asistencia Científica de Alta Complejidad, lo cual se dio a partir de la siguiente pregunta orientadora de investigación/intervención:

Pregunta general de Investigación- Intervención

¿Cómo se comprende y moviliza un sistema terapéutico que se configura en torno a la crisis emergente en una familia con diagnóstico positivo de infección por VIH en uno de sus miembros, atendida en la IPS Asistencia Científica de Alta Complejidad, con el fin de favorecer procesos de ajuste y adaptación en el sistema?

Para responder a esta pregunta, se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivos

Objetivo General de Investigación- Intervención

Comprender y movilizar el sistema terapéutico que se configura en torno a la crisis emergente en una familia con diagnóstico positivo de infección por VIH en uno de sus miembros, atendida en la IPS Asistencia Científica de Alta Complejidad, con el fin de favorecer procesos de ajuste y adaptación en el sistema

Objetivos Específicos de Investigación.

- Comprender la configuración del sistema terapéutico, teniendo en cuenta los ritos, mitos y epistemes con respecto a la enfermedad por VIH de uno de sus miembros.
- Facilitar la reconfiguración de los ritos, mitos y epistemes a lo largo del proceso de intervención con el fin de favorecer el ajuste y adaptación del sistema.
- Identificar la manera cómo el investigador asume, desde sus procesos autorreferenciales, la enfermedad y el mismo proceso de psicoterapia como una forma de contribuir al afrontamiento que las familias hacen a al diagnóstico por VIH en la IPS.

Hipótesis

El diagnóstico positivo de VIH de uno de los miembros de la familia puede ocasionar diferentes situaciones y movimientos al interior del sistema y en cada uno de los miembros del mismo, lo cual hace que este busque organizarse y adoptar estrategias que le permitan el afrontamiento del diagnóstico. En este proceso surgen en los miembros del sistema familiar dilemas que alimentados por los mitos, ritos y epistemes acerca de la infección por VIH,

procedentes del contexto social en donde está inmersa la familia, pueden permitir la exclusión del miembro que vive con la infección del sistema.

A partir del conocimiento de la infección como tal y de la intervención del terapeuta en el sistema familiar, con un proceso terapéutico sería posible lograr la reconfiguración de los mitos, ritos y epistemes familiares y adoptar las estrategias de afrontamiento necesarias que puedan conducir al sistema hacia el cambio.

Estado del Arte

Las primeras aproximaciones al fenómeno aquí constituido con respecto a la dinámica vincular, entendido en esta investigación como la dinamización de los vínculos de dos sistemas familiares que fueron atendidos en consulta psicológica, como acompañamiento al diagnóstico de infección por VIH dado a uno de sus miembros y realizada desde la perspectiva de la psicología clínica compleja, contribuyeron a consolidar el escenario investigativo/interventivo a partir del cual lograr niveles comprensivos de atención psicoterapéutica alternativa para facilitar en dichas familias su adaptación a este evento no normativo. Así, se considera pertinente explicitar algunos aspectos que emergieron durante la realización del estado del arte, y que permitieron la comprensión del fenómeno como tal, por medio de la revisión documental.

La reflexión crítica que se expone en este capítulo, surge como resultado de la revisión bibliográfica realizada en torno al fenómeno investigativo propuesto acerca de la dinamización de los vínculos en familias que son atendidas en consulta clínica psicológica, bajo una perspectiva sistémica. Para nuestro caso, como ya se ha indicado, interesa el acompañamiento de familias en un contexto hospitalario en el que se da a conocer un diagnóstico de infección por VIH a uno de sus miembros, situación que instaura un escenario de desajuste personal y familiar, y que según la experiencia en la IPS Asistencia Científica de Alta Complejidad, requiere de una intervención especializada.

Dicha revisión bibliográfica, comprendió documentos publicados entre los años 2000 y 2014, tesis de grado y posgrado, libros, manuales y artículos científicos. Del total de documentos hallados en la búsqueda, se seleccionaron, por su pertinencia para el presente trabajo, 40. A continuación se da cuenta de los principales datos bibliométricos.

Tabla 1. Datos bibliométricos del Estado del Arte

Tópico tratado	Cantidad	Población	Cantidad
Estrategias y estilos de afrontamiento	9	Persona con VIH y otras enfermedades crónicas	8
Resiliencia y resiliencia familiar	6	Familias afectadas con VIH	2
Crisis y adaptación familiar	4	Terapeutas sistémicos en formación	1
Investigación/intervención	12	Familias con un hijo discapacitado o en situación especial	3
Familia, desarrollo y subjetividad	3	Familias en crisis	7
Vínculos y dinámica vincular	6	No aplica /indeterminado	19
Total	40	Total	40

Fuente: elaboración propia.

A continuación, se presentan los resultados más relevantes que han servido al investigador/interventor para desarrollar el dialogo intertextual en la construcción del estado del arte documental; las investigaciones, revistas, libros y tesis, utilizados en la tabla bibliometrica anterior se encuentran organizadas en el Anexo N.1. Para su desarrollo se tuvieron en cuenta los trabajos que abordaban el fenómeno de la presente investigación, es decir, la dinámica vincular o dinamización de los vínculos, y le sirvieron al investigador/interventor para nutrir el tema y fortalecerlo. Adicionalmente se tuvieron en cuenta dos tesis doctorales, dos artículos de revistas de psicología y una tesis mas de pregrado las cuáles se trataron bajo el subtitulo de Afrontamiento, VIH y familia.

Por otro lado, una forma de aproximación al fenómeno fue el dialogo que se dio a lo largo de la terapia con los miembros del sistema terapéutico en los diferentes escenarios en los cuales se

trabajó el diseño y la aplicación de una fase de pre diseño en el marco de la terapia clínica compleja, con los miembros de dos sistemas familiares que acababan de conocer el diagnóstico, como familia habían adoptado las estrategias familiares que les permitiera el afrontamiento del mismo, pero que agotando sus recursos entran en crisis y buscan al terapeuta para que les ayude a resolver sus dilemas.

Para el desarrollo del término dinámica vincular y su comprensión, se tuvieron en cuenta trabajos relacionados con el tema de dinámicas vinculares con el pretexto de comprender el concepto. Estos estudios son relativamente recientes y se ubican en Bogotá. Dos de estos estudios realizados en la Universidad Santo Tomás, uno en la Universidad de la Sabana y uno en la Universidad Javeriana, también se tuvieron en cuenta dos estudios internacionales, un artículo de investigación en Terapia familiar relacionado directamente con VIH desde un enfoque de terapia de medicina familiar de la Universidad de las Américas de México (Díaz, 2003) y un artículo de Argentina (Najmanovich, 2001). De igual manera es importante tener en cuenta que las palabras de búsqueda en bases de datos se relacionaron con familia, dinámica familiar, vínculo y dinámica vincular en relación con el VIH.

El estudio de las dinámicas vinculares

En ese orden de ideas uno de los estudios fundamentales es el desarrollado por Silva Cuellar y Bastidas Legarda (2008) en la maestría de Psicología Clínica y de Familia de la USTA, a través del cual se interesan por conocer las dinámicas vinculares de la familia con un miembro diagnosticado con parálisis cerebral y del equipo del programa de habilitación.

Las autoras reconocen que es preciso entender que la familia siendo un sistema que está constituido por una red de relaciones entre sus miembros, tiene procesos de movilización entre estos cuando por factores como la enfermedad se pierde la estabilidad de sus miembros. En esa

medida, las autoras comprenden que la familia debe responder a cambios internos y externos, como el crecimiento de los hijos y su desarrollo emocional con sus parejas, las crisis que se puedan presentar de identidad en alguno de sus miembros, alguna enfermedad como las familias de este estudio particular pacientes con VIH, para poder encarar nuevas circunstancias sin perder continuidad, por eso la familia se transforma con el correr del tiempo y se reestructura y adapta para seguir funcionando.

Una enfermedad como el VIH, en un sistema familiar, gracias a los sistemas de significación de cada uno de sus miembros según relato propio del investigador/interventor producto de su experiencia en el trato con sus pacientes, puede llevar al sistema a un periodo de crisis, lo que Hernández (1997), refiere como un estado de separación, decisión, elección, donde los ciclos de la vida de los individuos son los hilos con los que se teje el contexto familiar, el cual a su vez le da forma a los cambios del curso de la vida individual.

En estas condiciones la familia y sus miembros tienden a movilizar sus recursos rápidamente para enfrentar situaciones de estrés, lo cual nos puede hacer pensar que en lugar de esperar que las cosas se solucionen, afrontan los eventos de manera más efectiva adoptando estrategias de afrontamiento que permitan superar los estados de crisis. No todos los eventos estresantes afectan de la misma manera el sentido evolutivo de la familia como sistema.

Al respecto, el trabajo de Silva Cuellar y Bastidas Legarda (2008) nos invita a pensar las creencias de una familia acerca de la salud y su influencia en la disposición de incluir profesionales en su sistema o redes de amigos y otros familiares. De esta manera los mitos y las creencias sociales se vinculan a la percepción acerca de la discapacidad del paciente y su familia; el “disminuido” es visto como una persona problemática, como una carga o un fastidio hasta el punto de parecer extraña o diferente. Por tanto, la vida de esta familia o puede verse invadida por

otros sistemas o ver en ellos una solución, configurando pautas interaccionales frente a los procesos de autonomización y frente a la responsabilidad del control de la discapacidad delegando funciones en su sistema familiar y/o hacia los sistemas externos.

Todo lo anterior permite comprender que la dinámica vincular son todos aquellos movimientos internos en la familia que se llevan a cabo a partir de un proceso de crisis, que le hace reconocer a los miembros del sistema sus recursos, con el fin de solucionar sus dilemas teniendo en cuenta sus creencias y la manera como representan sus actos en las vivencias diarias. Estos movimientos o movilizaciones permiten que la relación entre los miembros de la familia se afiance, o se fortalezcan alrededor de la enfermedad que de alguna manera sirve de pretexto para lograr la unión y/o superación de la etapa crítica de la familia.

Por otro lado, Dimaté y Bello (2012) realizan un estudio en el cual la dinámica vincular es el eje transversal, incluyendo los mitos, ritos y epistemes como sus operadores inherentes y de esta manera constituye un modelo que sirve como dispositivo para apreciar y transformar fenómenos clínicos. Este trabajo se desarrolla con parejas que llegan al servicio de psicología de la IPS de la universidad Santo Tomas, y proponen como fenómeno de estudio movilización de los vínculos conyugales y de los vínculos parento-filiales de parejas de segundas o más uniones que llegan a los consultorios debido a un motivo definido como problemas en la relación de pareja, a partir de un proceso de intervención terapéutica en el marco de la terapia ecológica-sistémica-construccionista centrada en la diada conyugal-parental, que les permita superar la problemática conyugal y que propenda por la diferenciación del sistema filial.

Esta tesis aporta a la presente investigación la posibilidad de comprender como las dinámicas vinculares dan cuenta de los mitos, ritos y epistemes, permitiendo la movilización de los individuos de la familia a nivel vincular, para lo cual el investigador piensa según su experiencia

y observación particular, que las personas que viven con VIH, se movilizan en su entorno por lo que piensan acerca de la infección, además de lo que creen pasará con ellos a lo largo de vivir con ella, a partir de la experiencia de sus conocidos, de lo cual pueden construir una serie de vivencias que los invitara a asumir comportamientos muy propios como la convivencia con la misma pareja y círculo de amigos, mantener como agenda oculta la infección con personas de confianza etc.

Otro estudio interesante es desarrollado en la Universidad Javeriana Pardo Rodriguez (2013), quién estudia la movilización de los procesos estructurales en familias con un hijo diagnosticado con paladar hendido y/o labio fisurado. La autora del trabajo, llega a la conclusión de que la movilización de los vínculos familiares se da a partir de los procesos de resiliencia, reconociendo sus recursos familiares, compartiendo sus expectativas y experiencias con otras familias en la misma situación, reflexionando acerca de los factores que influyen en el proceso de crianza de los hijos y aceptando los cambios en la concepción de sus ideas acerca de la situación de enfermedad.

Esta investigación le permitió al investigador/interventor llegar a algunas conclusiones que pueden aportar elementos importantes a su estudio, puesto que el propósito de este trabajo, pretendió desde una mirada sistémica socio construccionista, analizar cómo se movilizan, dinamizan la organización y el funcionamiento en seis familias con hijos que padecen paladar hendido y labio figurado; por medio de una entrevista semi estructurada.

Moreno Tamayo (2001), estudia las pautas de apoyo familiar como movilizaciones familiares ante el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia renal crónica. Dicho trabajo que hace parte de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Sabana, enfatizo en describir los cambios en

las pautas interactivas de las familias en cuanto al apoyo y cuidado del paciente con diagnóstico y en tratamiento de IRCT para llegar a afrontar la nueva condición de vida.

Esta investigación aporta elementos a este estudio relacionados con la movilización familiar desde la observación hecha por la investigadora. Por un lado, la estructura familiar se congrega ante el tratamiento, la estructura familiar se moviliza a lo largo de él, cambiando para lograr la reorganización familiar de manera funcional con respecto al tratamiento. En su estudio, enfatiza que dentro de la estructura familiar se puede incluir a un nuevo integrante que, aunque es externo a la familia, comienza a formar parte del sistema desde un rol de “cuidador”, con quien la familia lleva a cabo una alianza. De este modo, los mitos y creencias acerca de la enfermedad no favorecen en un principio la recuperación del paciente, sin embargo, la terapia permite el cambio de ideas y concepciones particulares a cerca de la enfermedad que favorece la movilización tanto del paciente como de la familia, hacia la mejoría del síntoma. En el proceso de reorganización y cambio son evidentes dos etapas que también tienen pautas de cuidado y como estos, son aspectos que dan una pauta para la reorganización familiar.

Otro estudio importante es realizado por Najmanovich (2001) quién invita a trabajar desde un abordaje complejo enfrentando el desafío de gestar una concepción del conocimiento en que la teoría no está divorciada de la praxis, los afectos de los pensamientos, ni el sujeto del ecosistema Najmanovich (2002):

“La dinámica vincular es la fuente de donde emanan tanto los elementos como las relaciones; es a través de ella que emergen los sistemas complejos que son siempre unidades heterogéneas en intercambio permanente con un contexto activo. Ni los elementos, ni las relaciones, ni la unidad, ni el

ambiente existen antes independientemente de la dinámica que los ha parido”. (Pg.76).

En ese orden de ideas y retomando otros autores que han estudiado dinámicas familiares similares, encontramos el trabajo de Viveros & Arias (2006) quienes exponen que la dinámica familiar hace referencia a la movilidad que se da en el clima relacional que construyen los integrantes de la familia para interactuar entre ellos mismos y con el contexto externo. En ella son interdependientes dimensiones como: autoridad, normas, roles, comunicación, límites y uso del tiempo libre.

De acuerdo a como sean las características particulares de la dinámica familiar aparecen los conflictos, los mecanismos para afrontarlos y las singularidades con las que cada uno de sus integrantes analiza e interactúa. En el clima relacional se gestan las formas de vinculación que son únicas para cada familia, de acuerdo con ellas, se generan las maneras de tomar decisiones y de construir estrategias para afrontar las situaciones adversas que se van presentando en la vida cotidiana.

Otra idea acerca de la dinámica familiar es mencionada por Becvar, D. and Becvar, R. (2002) quienes manifiesta que la dinámica de la familia es una parte de un sistema mayor, que se define por las relaciones de los miembros individuales entre sí. Las familias existen como su propia estructura compuesta de personas que comparten vínculos y un sentido de la historia, y se esfuerzan por satisfacer las necesidades de cada uno. Estas cualidades básicas sientan las bases para la dinámica familiar: sin una estructura, estas dinámicas no pueden desarrollarse. Las dinámicas se ven afectadas por muchos factores, incluyendo el número de hijos o la cultura de la

familia. Por ejemplo, una familia con muchos hijos puede tener reglas relativas a qué niño hace ciertas tareas.

El investigador/interventor en su experiencia práctica terapéutica ha tenido la posibilidad de conocer diferentes contextos clínicos y familiares en los cuales las relaciones del sistema familiar se desarrollan, ha podido observar también diferentes escenarios en los cuales los pacientes y sus familias participan, tejiendo relaciones entre sus miembros que las hacen capaces de desarrollar habilidades para afrontar y superar los diferentes espacios de crisis que se puedan presentar.

En el momento de la noticia ante el diagnóstico por VIH la familia sufre una reacción de desorganización seguida por una etapa de rechazo ante la enfermedad y una retirada social, sin embargo en algunos casos previo trabajo terapéutico, se da una aceptación y compromiso de responsabilidad.

Estudios alrededor del diagnóstico del VIH y la Familia

El estudio alrededor del VIH, y posteriormente del SIDA ha aumentado en los últimos años, puesto que como lo afirman Ader (1981), Kiecolt-Glaser (1995); Nott, dhara y Spickett (1995) la infección por VIH es una enfermedad compleja de proceso multifactorial, que se entiende desde diversas perspectivas e inclusive desde modelos bio-psicosociales.

En la investigación realizada por Carrobles, Remor y Rodriguez (2003) acerca del afrontamiento, apoyo social y el distress emocional en pacientes con infección por VIH desde el enfoque conductual, permite reconocer la relación de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido afectivo de salud pública. En cuanto a las estrategias de afrontamiento específicas fueron las más comunes: evitación y comportamientos pasivos. Otros estudios han demostrado que con un apoyo afectivo adecuado brindado por el personal de salud en general, la

familia en la red social el paciente no sólo logra superar la crisis y adaptarse constructivamente a su situación, sino que también puede disminuir su estado de supresión logrando un mayor bienestar físico por más tiempo (Vargas, 2002).

Para el autor de la presente investigación es importante anotar que la infección por VIH obliga la movilización de los vínculos familiares en el sistema y permite que cada uno de los miembros de la familia adopte ciertas conductas y rituales que son fundados a partir de las ideas y los mitos, que se adquieren a lo largo de la vida y por la experiencia de otros sistemas familiares con el VIH.

Vale la pena retomar a Hernández (2002) sustenta que la enfermedad en uno de los miembros del sistema familiar puede afectar los procesos de autonomía y de vinculación de todos y cada uno de los miembros de la familia en especial de la persona sintomática dado que los escenarios de vida, las formas de relación, las jerarquías, las funciones familiares se organizan en sentido contrario, al desarrollo y la autonomía de la persona. Tal podía ser la situación de una familia que es sorprendida con el diagnóstico de VIH de uno de sus miembros, donde los vínculos familiares se ven afectados y los miembros de la familia tiende a movilizarse para alrededor o en contra del miembro sintomático.

En relación con lo anterior, estudios de Terapia Familiar con personas afectadas por el VIH/SIDA, visibilizan desde la medicina de la familia al individuo que vive con VIH y a su familia. Díaz (2003) deja entrever diferentes elementos que pueden permitir la movilización familiar alrededor de la enfermedad, aunque no maneja un enfoque netamente sistémico si habla en su teoría fundamentalmente de la familia. Se destacan entre los aportes de la investigación: 1. La terapia familiar se dirige a mejorar el afrontamiento de la enfermedad a través de la movilización de los recursos de las personas y sus familias, generando nuevas posibilidades para

dicho afrontamiento. 2. Facilitar la comunicación de persona con VIH/SIDA y su familia con los profesionales de salud y otros miembros de la comunidad .3. Facilitar que la persona y su familia acepten el hecho de vivir con el padecimiento y exista un apego al tratamiento integral.

De esta manera, el trabajo permite entender que la comunicación y la movilización de los recursos familiares permiten al paciente y a su sistema familiar afrontar la enfermedad de tal manera que, con la intervención terapéutica, se consiga que las familias normalicen el impacto de la enfermedad, se co-generen posibilidades como el fortalecimiento de su capacidad de resolver las demandas y los problemas que el padecimiento trae consigo.

Se tienen en cuenta también algunos artículos y tesis par nutrir este estado del arte

Afrontamiento VIH y Familia.

Algunos estudios se centran en comprender procesos de afrontamiento frente al VIH y la familia. Ejemplo de ello, es la tesis doctoral de Fuster (2011), titulada “La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento”, cuyo objetivo fue analizar los efectos que el estigma y la discriminación de las personas que viven con VIH, tiene en la calidad de estas. Los resultados señalan que el estigma y la discriminación tiene consecuencias negativas en la calidad de vida de las personas con VIH, de forma tal, que se convierte en un problema central en sus vidas y que estas estigmatizaciones son causadas por grupos mayoritarios quienes los discriminan por medio de sentimientos, pensamientos y conductas resultado de creencias negativas de la sociedad. Sin embargo, el autor refiere que no todo es negativo ya que producto del rechazo de grupos mayoritarios, las personas con VIH, crean un vínculo más cercano con sus iguales y de esta forma logran estrategias de afrontamiento más activas y adaptativas.

En la misma línea investigativa se encuentra una segunda tesis doctoral de Alcántara (2012) quién investigó sobre “Vivir con el VIH:”, con el fin de conocer qué estrategias ponen en marcha estas personas que lo padecen, para adaptarse a los cambios que se derivan de la infección, siendo la pregunta de investigación ¿Cuál es la influencia de la vía de transmisión en el afrontamiento a la enfermedad?. Este estudio, se realizó en el contexto geográfico de la Comunidad de Cataluña y durante los años 2008 y 2009 se realizaron 30 estudios de caso (combinando técnicas como el inventario CSI de Cano *et al*, 2007 y la entrevista semiestructurada) a participantes voluntarios que formaron 5 agrupaciones: Heterosexuales, Hombres que tienen sexo con hombres, Usuarios de drogas por vía parenteral, Transfusionales y Verticales. Los resultados de este trabajo muestra de manera general que la estrategia más recurrida por el total de la muestra sigue siendo la de retirada social. Se pudo concluir que la vía de transmisión es una característica fundamental para tener en cuenta la conducta de la persona diagnóstica, ya que esto influye en su estrategia de afrontamiento que ejecuta después de conocer el diagnóstico. La percepción de apoyo o rechazo también influye respecto a la autocrítica (responsabilidad y sentimiento de culpa) y conductas de evitación en como la comunidad los apoya o rechaza.

Estos dos estudios, nos permiten comprender “el rechazo” y la “estigma” como mecanismos de afrontamiento social frente al diagnóstico y la vida de quien vive una situación relacionada con el VIH. Otro trabajo investigativo interesante es desarrollado por Criollo (2012) para indagar sobre la capacidad adaptativa familiar de pacientes seropositivos para V.I.H. Su objetivo general de investigación fue caracterizar la capacidad adaptativa familiar ante el impacto del diagnóstico de seropositividad para VIH de pacientes de 24 a 46 años de edad en un Centro de Salud de Guayaquil. El autor concluye que una de las mayores características de las familias para adaptarse a la enfermedad era mantener oculta la enfermedad. El apoyo médico, psicológico y

espiritual es considerado un aspecto que ayuda mucho a las familias a fortalecerse y a seguir en el anonimato. De este modo, Criollo (2012) visibiliza que el impacto del diagnóstico genera en la familia dolor y desesperanza, pero cabe resaltar que el apoyo de la familia es fundamental para la recuperación del sujeto. Dicha conclusión se convierte en un elemento importante en este estudio, pues da cuenta de la relevancia de acompañar a la familia frente esta situación.

Por otro lado, Flores, Almanza y Gómez (2008) realizan un estudio titulado “análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social”, en el cual se concluye que durante la primera etapa se experimenta incredulidad, temor, tristeza, ira o se provocan alteraciones del estado de ánimo en la familia por el diagnóstico, luego al vivir con la enfermedad se establecen o generan nuevos procesos de adaptación en el ámbito social como el silencio, estrategia de protección ante el estigma y la normalización de la enfermedad. Los autores, logran explorar la experiencia de la familia en el contexto del VIH/SIDA, tratando de identificar distintos momentos psicosociales por los que atraviesan durante la enfermedad, señalando al final, que se evidencia el impacto que la familia tiene, reaccionando en un primer momento negativamente, con el paso del tiempo sus reacciones se van adaptando y se va realizando un proceso de aceptación, pero también se observa la influencia que tiene la sociedad en la familia, por los estigmas existentes entonces como estrategia deciden el ocultar la enfermedad. Finalmente concluyen que la familia se adapta finalmente a vivir con la persona diagnosticada.

Por ultimo Ontivero, López y Cabrera (2010), en su estudio *Influencia en pacientes de las representaciones sociales sobre el VIH y SIDA de los familiares*, intentan conocer la relación entre la representación social del VIH y sida que posee la familia de las personas con VIH y la

actitud de los pacientes hacia la enfermedad. Concluyeron los autores que la representación social que tienen familiares y el sujeto diagnosticado con VIH es muy similar, denotando aspectos negativos para la enfermedad, que influyen en la percepción del paciente y de su familia frente al virus. Cabe destacar que estos aspectos negativos provienen de elementos cognitivos asociados a vivencias y conceptos negativos.

Para cerrar, es importante mencionar que estos trabajos develan que la familia y la sociedad asumen el diagnóstico del VIH desde el rechazo, el temor, el miedo y hasta la estigmatización, lo cual es visto desde los estudios, como una forma de afrontar la crisis familiar que genera. Este tipo de estudios, abren un campo de posibilidad para el presente estudio, en la medida, que se interesa por conocer y acompañar a las familias en dicho tránsito, esperando posibilidades que favorezcan la evolución familiar y superar la crisis, como una posibilidad de nuevas formas de relación familiar.

Sistema Teórico

El siguiente trabajo de investigación/intervención parte de un enfoque sistémico constructivista construccionista complejo. Es así como en este apartado interesa presentar algunos elementos del enfoque enfatizando en la eco-eto-antropología, el vínculo y sus operadores. Estos elementos teóricos se consideran importantes para comprender el fenómeno y el problema a la luz del paradigma.

En el desarrollo de este apartado se busca generar conexiones en el abordaje y comprensión de vínculo afectivo familiar, la dinámica familiar el proceso de ajuste familiar ante la crisis dada a partir de un diagnóstico positivo de infección por VIH, y el cambio, teniendo como referente

importante el Macro-proyecto de Vínculos, Ecología y Redes de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás.

Una mirada a la perspectiva Eco-Eto-Antropología y la Cibernética de segundo orden

La perspectiva eco – eto – antropológica, permite la comprensión del sistema terapéutico como un proceso reflexivo y relacional, en donde emergen nuevos significados que organizan las dimensiones del vínculo en el sistema familiar y terapéutico que permiten el cambio. Eco, se refiere a “oikos”, ambiente, cosmos y hábitat y “ethos” a comportamientos biológicos con finalidad, desplegados como procedimientos complejos de autonomización en oikos específicos, donde se conjugan para la supervivencia procesos individuales y colectivos (Hernández, 2010).

La antropología del oikos y del ethos hace surgir las ideas, el pensamiento, la representación, la emoción, la reflexión y la mente, como fuentes de sentido, de modo que la postura eco-etio-antropológica reposa sobre la conjugación de esos regímenes heterogéneos –biológicos, evolutivos, psicológicos, sociales, históricos, políticos, etc.- como dimensiones irreductibles, cada una con sus propias pautas de operación.

La perspectiva eco-etio-antropología permite entender que el hombre es el producto en cuanto a su identidad y el productor de su ecosistema. que reposa en complejos procesos interaccionales, que integran el ethos (cognición y comunicación), el oikos (la ecología) y sus variadas formas de organización familiar y social (socio-antropología).

Estupiñan y Hernández (2006), refieren que la eco-etio- antropología empezó a generarse con autores como Byng-Hall, Minuchin y Bowen quienes conectaron las nociones de la teoría del apego, la tradición psicoanalista y la psicopatología. Quien acuña el término es Jacques

Miermont (citado en Hernández, 2008), término que implica identificar en los hombres la relación “entre sus acciones, sus concepciones, los dispositivos internos que las inician y los ambientes naturales-artificiales que les dan sentido”. En los seres humanos el *ethos*, comportamientos y el *oïkos*, los dominios dónde se realizan dichos comportamientos implican proceso de reflexión y mutua afectación y transformación. Así las formas biológicas prototípicas del comportamiento se reorganizan como “relación de relaciones, a partir de la doble articulación del lenguaje y las producciones simbólicas que crean una neo-realidad en el centro de la cual sus funciones continúan operando” A. Hernández, (2006).

Hernández (2010) aclara que, para abordar los procesos de vinculación humana desde esta perspectiva, es necesario comprender cómo funcionan los que J. Miermont (1993) llama operadores témporo-espaciales del vínculo, rituales, mitos y epistemes, en cuanto son dispositivos articulados que organizan la interacción humana y activan los sistemas de significación en contextos específicos.

Con el fin de lograr comprensiones en relación al cambio que se podría lograr en el sistema familiar a partir de la construcción del sistema terapéutico, se considera importante retomar los principios provenientes de la cibernética de segundo orden que supone una forma de construir los sistemas terapéuticos, para entender también el cambio. Dimaté y Bello (2012) nombrando a Hoffman (2005) en relación con la cibernética de segundo orden, mencionan algunos principios que señalan que la supervivencia de cualquier sistema vivo depende de dos procesos importantes. La morfostasis, que significa que el sistema debe mantener una constancia ante las variaciones ambientales, esto se logra mediante la retroalimentación negativa. El otro proceso es la morfogénesis según el cual un sistema a veces debe modificar su estructura básica, este proceso implica una retroalimentación positiva para amplificar la desviación. Otra manera de considerar

estos dos procesos es mediante la variedad y el freno. El freno es sinónimo de estabilidad, de pauta, estructura. Ningún sistema puede sobrevivir sin estructura, no obstante, demasiada pauta, demasiada estructura puede acabar con el sistema, por eso siempre deben existir mecanismos para la variedad que actúa como un potencial de variabilidad adaptativa.

De tal forma que se puede decir que existen dos tipos de retroalimentación – la que favorece y la que inhibe el cambio – que parecerían tener funciones opuestas. No obstante, a esta afirmación, teóricos como Buckley (citado en Hoffman, 2005) aseguran que lejos de ser procesos opuestos se trata de círculos viciosos o en espiral, lo que significa que no se sabe si la resultante cambiará o destruirá el sistema. Así por ejemplo la muerte de un miembro de la familia puede bloquear las posibilidades de cambio o puede implicar un potencial para el desarrollo. Por su parte Maruyama (citado en Hoffman, 2005) a este respecto indica que es posible tener rizados causales mutuos positivos y negativos que se contrapesan.

Otro elemento que Hoffman (2005) señala acerca de la segunda cibernética, es la de los momentos y las etapas, con esto se refiere a que al considerar los rizados de retroalimentación es importante considerar no sólo las fuerzas negativas y las positivas, sino también los momentos. El equilibrio y el desequilibrio deberán ser analizados bajo un momento dado. Así fue como Jackson y otros terapeutas (citado en Hoffman, 2005) fracasaron en su intento de introducir cambios en familias que no estaban en crisis. Los procesos de retroalimentación al momento en que ocurren producen alteraciones o cambios en las etapas. Es así como desde la segunda cibernética se habla constantemente de cómo existen comportamientos que hablan de más de un sistema a la vez. Teniendo en cuenta este concepto de niveles estructurales se puede pensar que cualquier retroalimentación puede tener simultáneamente efectos que amplifiquen la desviación o que la contrarresten, según el sistema que se esté viendo.

En relación con lo anterior, otro elemento importante es el papel que ejerce “el desviado”, es decir el miembro sintomático de la familia. Está en muchos casos, según Bowen (1991), resulta ser alguno de los hijos pertenecientes al sistema. Es así como los síntomas son una metáfora de las relaciones que se establecen en los sistemas. Uno de los significados que se le han dado ha sido el llamado a la cohesión, otro significado ha sido su función mediadora entre personas que están en conflicto. Los síntomas aparecen en muchas situaciones de triángulos emocionales, así es como por ejemplo Haley asegura que la esquizofrenia surge en nombre de un comportamiento que resulta de mediar en muchos triángulos familiares en pugna (citado en Hoffman, 2005).

En este mismo orden de ideas se señala a las carreras irresistibles como otro de los elementos según el cual existen secuencias de comportamientos que atentan contra la homeóstasis, como en el caso de las parejas simétricas donde un comportamiento deriva en el otro un comportamiento del mismo tipo, atentando contra el equilibrio del sistema y amenazando con destruir el sistema. Situación que llama al comportamiento de otro miembro de la familia que genera situaciones que impiden la destrucción del sistema en una carrera creciente que se equilibra y no termina por dejar que el sistema se destruya. Es así como finalmente el sistema puede desencadenar en la preservación de un equilibrio patológico en un circuito auto-correctivo.

Este circuito correctivo puede fallar mediante una condición de desviación a la que se llega gradualmente y mediante la generación de una crisis que anuncia el cambio. Una situación ejemplo puede ser la salida de uno de los miembros que puede estar ayudando a mantener el equilibrio del sistema, esto puede generar un trastorno que la familia no puede mantener.

La crisis

Con relación a la crisis, Morin (1994) refiere que la crisis significa el momento decisivo de la evolución de un proceso incierto que permite el diagnóstico. Crisis significa indecisión; se

concibe como un momento donde con la perturbación surge la incertidumbre. Es un momento de “verdad”, de decisión y de transformación que mueve a la acción, generando ruptura y discontinuidad. Es la desencadenante del cambio a partir de una experiencia que puede provenir del interior o del exterior del sistema, aunque implica desorden, incertidumbre y bloqueo de diversos mecanismos, potencialidades y realidades antes inhibidas. El sistema vive la crisis como una ausencia de solución. El desencadenamiento de los desórdenes se asocia con la parálisis y la rigidez del sistema. Entre más dura es la crisis, más suscita la búsqueda de soluciones radicales y fundamentales.

Atlan (1979), citado por Hernández, 1994) considera que la crisis aparece cuando en un sistema la información se convierte en ruido e interferencia en vez de aportar complejidad. Lo que es información en un nivel del sistema, es percibido como ruido en el otro y mientras más información transmite un nivel elemental, más el sistema global la percibe como ruido. Para el observador, aparece la crisis cuando la complejidad o cantidad de información del sistema disminuye, se transforma en ruido, impide la comunicación y se convierte en amenaza de destrucción.

De acuerdo con los preceptos de la segunda cibernética un sistema rígidamente estructurado (orden homeostático) será un sistema que frene toda posibilidad de cambio. Por lo tanto, un sistema con funcionamiento adecuado es capaz de generar cambio por sí mismo, mientras que uno disfuncional ha quedado atrapado en un juego sin fin, donde la solución intentada constituye el problema.

Teniendo en cuenta los desarrollos anteriores, es importante aclarar que para este proyecto de investigación-intervención, el cambio tiene que ver con los elementos de la segunda cibernética, así como la eco-eto-antropología por lo cual definimos el cambio mediante la intervención

terapéutica, según lo propuesto por Etienne Dessoir (Citado de Hernández 2004), “como un rito de pasaje, que nos permite comprender el proceso del cambio como uno discontinuo y tener una línea de conducción general del tratamiento, centrada tanto en el consultante como en su ecosistema”(pp. 113)

Compresiones sobre el vínculo

Es importante para la comprensión del concepto de vínculo, tener en cuenta algunas nociones de diferentes corrientes psicológicas, para desarrollarlo de manera general, lo cual puede nutrir en este aspecto la investigación/intervención.

Para lograrlo se han tenido en cuenta diferentes perspectivas sobre el vínculo y el papel que cumple en la vida de los sujetos. Se encuentra por ejemplo desde la perspectiva psicoanalítica, Lacan quien según Carmona Parra (2001), propone que los vínculos sociales deben ser pensados a través del discurso como la unidad de análisis. Para que exista un vínculo debe haber por lo menos dos términos en donde al menos uno se dirija al otro. El que toma la iniciativa se denomina “agente” que se puede considerar como “dominante”. El psicoanálisis encontraría así elementos inconscientes en los significantes de tal forma que en las dinámicas sociales existan un desconocimiento de la verdad de los sujetos del inconsciente.

En esta misma línea encontramos que para Bernstein (1999), el vínculo es una estructura inconsciente que liga a dos o más sujetos a los que determina con base a una relación de presencia. En el concepto de vínculo cabe reconocer dos campos uno que es la relación de objeto y otro que es el vínculo de o entre sujetos. Se observa la relación entre este y el otro sujeto. El vínculo que se puede llamar también relación de sujeto, distinto de la relación de objeto, el sujeto no solo preexiste, sino que también se constituye en esa relación.

Para J. Bowlby el apego considera que es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para el buen desarrollo personal. En la teoría del apego su tesis principal se refiere a que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto, es decir la persona o personas con quienes establece el vínculo (Bowlby, 1998).

Traer a esta conversación al psicoanálisis, nos permite comprender la trayectoria del vínculo como concepto a través de la historia de la psicoterapia, los autores que de alguna manera han trabajado este concepto, permiten nutrir de manera argumentativa la investigación que he desarrollado. De este modo, llama la atención especialmente la claridad de las teorías y aun teniendo puntos de vista diferentes, concluyen una apuesta relacional, en donde el vínculo hace parte del orden psicosocial del ser humano y cuando se habla de este concepto se hace en su relación con los demás. Desde la postura sistémica, se amplía la comprensión como se explicita a continuación.

Cyrułnik (2004) refiere que el vínculo se da a través del apego y lo define como un trazo impregnado en la memoria que da un sentimiento de familiaridad, es un conjunto de informaciones repetidas, una configuración de estímulos organizados que constituyen una forma sensorial estable que guía a la percepción del medio. Lo importante a retener es que el intercambio sensorial crea un lazo afectivo privilegiado entre la figura de apego o el objeto de apego y la persona.

Este sistema, hace referencia a una actividad de vinculación instintiva que el niño desarrolla desde el nacimiento con las personas que encuentra en su contexto y en su ambiente. El resultado

previsible del comportamiento de apego es la proximidad de una persona específica y preferida y como fenómeno es trascendental para la vida psicológica y relacional porque es una necesidad con valor de supervivencia en un gran número de especies; fundamenta los vínculos familiares en la edad adulta desde la constitución de la pareja; se estructura en el seno de la familia por el establecimiento de triangulaciones ligadas a la diferencia de géneros y de generaciones y desemboca en la creación de vínculos sociales extra familiares, para la autonomía personal y la reproducción de vínculos familiares (Hernández & Bravo, 2008).

Pichón-Rivière advertirá que en el centro de todo vínculo hay una relación con un objeto, ya se trate de un objeto interno o externo. Es decir que la relación de objeto “es la estructura interna del vínculo”. Si la teoría del vínculo de Pichón es más compleja, es porque esta incluye la conducta del sujeto. Dice Pichón: “Podemos definir el vínculo como una relación particular con un objeto; de esta relación particular resulta una conducta más o menos fija con ese objeto, la cual forma un pattern, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto” (Pichón, 1985, p 32).

El vínculo desde la perspectiva eco-eto-antropológica, es aquello que une o conecta a una persona con otra o con las cosas. Es aquello que permite y asegura una conexión temporo espacial entre personas físicamente separadas, gracias a los procesos de simbolización que contribuyen a su mantenimiento. Los vínculos se caracterizan a través de diversos modos de comunicación, amor, odio, amistad, sexo, altruismo, agresión, rivalidad, juego, manipulación, entre otros, que crean eventos que pueden llamarse vínculos reales. Esos vínculos se traducen igualmente en la puesta en escena de representaciones y de afectos que dan cuenta de la naturaleza de la relación. De hecho, los vínculos son ambivalentes, pues son al mismo tiempo

fuentes de alineación y de autonomía, de esclavitud y liberación, de violencia y pacificación (Estupiñan, Hernández, Bravo, 2006).

Según la hipótesis de Miermont (1993), las relaciones humanas se estructuran a través de tres operadores témporo-espaciales: el ritual, el mito y la episteme, los cuales, en este proyecto, se agrupan en dos grandes dimensiones: los sistemas de significación y las modalidades de organización de la interacción humana.

Todo lo anterior, se considera referentes importantes para comprender la noción de vínculos la cual nutre la investigación/intervención y le permite ubicarse conceptualmente, según su fundamentó en la perspectiva eco-eto-antropológico del vínculo. Ahora bien, para continuar la comprensión del tema estudiado se desarrolló este, teniendo en cuenta los operadores temporo espaciales propuestos por Miermont (1993) citado por Estupiñan, Hernández y Bravo (2006).

Se retoman los operadores temporo-espaciales del vínculo, propuestos en el macro-proyecto de la Maestría Vínculos, Ecología y Redes, puesto que estos permiten conocer de que formas las familias se organizan en cuanto a sus rituales en función de la infección por VIH, además le dejan ver a quien investiga, como los mitos y las epistemes denotan las formas como se organiza el sistema familiar con la enfermedad; de igual manera notar la forma como prejuicios e ideas culturales sobre el contagio permiten o no el afrontamiento de la enfermedad, para esto a continuación se profundizará teóricamente en cada uno de estos aspectos.

Sistemas de Significación

Los seres humanos le damos sentido a las experiencias que vivimos y que queremos vivir a través de formas que reconocemos naturales para nosotros como son las creencias, los mitos y las

epistemes. Tienen el carácter de marcos de referencia en un doble sentido, uno un conjunto de ejes coordinados con referencia a los cuales se puede especificar una posición o un movimiento y dos, un conjunto de ideas en cuyos términos se interpretan o se les asigna sentido a otras ideas (Hernández, A. 2008).

El mito.

El Mito desde la perspectiva antropológica, según señala Vásquez, C (2001) es una narración de un acto fundacional, que generalmente se encuentra en confrontación entre dos fuerzas, una espiritual y otra emocional, las cuales tienen una importancia crucial en la vida de la comunidad que lo genera.

Al respecto, Knox (1964), según Bagarozzi, D y Anderson (1996) describe cuatro características fundamentales de los Mitos.

1. Los mitos son historias, narraciones imaginativas, las cuales tratan de demostrar actos cosmológicamente significativos de dioses o seres suprahumanos, los héroes. Sin embargo, cuenta acciones particulares que acontecen en tiempos particulares.
2. Los mitos siempre tienen su fuente en la vida común y las experiencias de una comunidad humana particular. Llevan la marca de su cultura, y persisten durante generaciones como parte de su tradición.
3. El mito sugiere algo distintivo e importante en la existencia humana y, particularmente, en la existencia de la comunidad; además, es allí donde encuentra la respuesta.
4. El mito, mantiene una relación directa con la historia y con la existencia concreta de la comunidad. A causa de la relación que mantiene la historia o el mito con la existencia concreta

de la comunidad, se convertirá en parte inseparable e indispensable de la vida de la comunidad y, para los que participan en ella, será un símbolo irremplazable.

Desde la sociología se puede decir del mito la historia de lo acontecido in illo tempore, el relato de lo que los dioses o los seres divinos hicieron al principio del Tiempo. «Decir» un mito consiste en proclamar lo que acaeció ab origine. Una vez «dicho», es decir, «revelado», el mito pasa a ser verdad apodíctica: fundamenta la verdad absoluta; Los mitos que se transmiten en forma oral, varían los detalles de generación en generación y dan lugar a diferentes versiones, lo mismo que los que se transmiten por escrito y son objeto de reelaboración literaria Eliade (1963).

Vásquez, C (2001) citando a Bagarozzi y Anderson (1996) sobre los mitos en la terapia familiar, hace referencia a los estudios sociales sobre el origen de los mitos los cuales se remontan al hecho de que "Nuestros ancestros primitivos, durante el alba de la conciencia, no hacían una clara distinción entre un universo externo objetivo y sometido a leyes, y su propio mundo interno de las experiencias subjetivas. Los límites entre las experiencias conscientes e inconscientes eran borrosos, indistintos, porosos y fluidos. La percepción del yo como entidad separada, con una existencia independiente del propio grupo primario, se alcanzaba sólo por unos pocos elegidos: los héroes del mito y la leyenda" (Vásquez, 2001, pp3).

Así, el mito tiene una función psicológica pues no solamente da sentido a la vida de quien lo conoce sino al de la comunidad que ha podido conocerlo y adquirir alguna experiencia de él. "Cada sociedad humana sobrevive porque se mantiene unida alrededor de un mito, de un arquetipo central que actúa de capullo de mariposa uniéndola y protegiéndola de los procesos de disgregación, entropía y muerte cultural" (J.C Melich, 1996, citado por Vásquez, 2001, pp.5)

Los mitos no son solamente construcciones que se refieren a los aspectos más simbólicos de

las interacciones sociales, sino que describen los marcos de referencia culturales para comportamientos muy concretos. Se constituyen en Meta-relatos, desde los cuales surgen las historias familiares y personales, y por lo tanto de manera recursiva conectan al individuo, con la familia y la comunidad. Vásquez (2001), al respecto refiere "es imposible separar los mitos personales de un individuo de los de su familia, comunidad o cultura. Los individuos, las parejas y las familias eligen y adoptan activamente como propios los mitos culturales, cuyos distintos componentes, símbolos, rituales, entre otros, tienen significación e importancia para cada uno de los miembros de la familia, y para el sistema matrimonial y familiar en su totalidad" (Vásquez, 2001, pg. 5)

La familia es una fuente de metarrelatos que configuran la interpretación que hacen sus miembros sobre lo que son y el lugar que ocupan en ese mundo particular. Algunos de estos metarrelatos pueden definirse como mitos y se inscriben con mayor o menor congruencia dentro de los relatos culturales con que dispone la familia para explicarse su propia existencia, en especial para explicar los eventos vitales relevantes como los nacimientos, las muertes, los cambios de estatus social, los matrimonios, las separaciones, las enfermedades, son un factor determinante en el grado de estrés que experimenta la familia antes cambios inesperados (Patterson y Garwick, 1994).

Los mitos son relatos de la experiencia humana de verdad, de sentido y de significación a través de los tiempos (J. Campbell, 1988, p. 5). Son sistemas explicativos sobre asuntos trascendentales para la existencia como el origen del mundo, del hombre, el matrimonio, la familia, la muerte; los mitos son una historia verdadera para quienes la comparten y una ficción para quienes son excluidos o la estudian desde el exterior. Buscando dar sentido a todas esas

dimensiones de la vida, el mito remarca la semántica de la comunicación (J. Miermont, 2001, p. 464)

Finalmente, como señala Echeverría: "...nos parece que los creadores de mitos eran nuestros antepasados y no nosotros. Pensamos que ellos eran los que vivieron en mundos míticos y que nosotros abandonamos esa forma de ser hace ya algún tiempo. A diferencia de ellos, sostenemos que nosotros hemos dejado de necesitar mitos pues sabemos cómo las cosas son. (Echeverría, 2003, pág. 144)

Los mitos cumplen básicamente cuatro funciones: mística, referente al darse cuenta de las maravillas del universo y al temor reverencial que despiertan sus misterios; cosmológica, en la cual se enfoca la ciencia, para mostrarnos la forma del universo; sociológica, para fundamentar y validar un cierto orden social y una cierta ética, con grandes variaciones de una cultura a otra; pedagógica, acerca de cómo vivir ciertos momentos de la vida bajo determinadas circunstancias; en este aspecto, los mitos nos proponen asuntos específicos, como por ejemplo a qué edad seremos adultos, cómo es ser padre, madre o hijo, etc., y contienen pautas útiles de comportamiento, modelos a seguir o a evitar, e historias conocidas por todos, donde se conectan las experiencias individuales (Campbell, 1998).

Epistemes.

Hace referencia al saber, en sí, el conjunto de relaciones que pueden unir, en una época dada, las prácticas discursivas que dan lugar a unas figuras epistemológicas, a unas ciencias, y eventualmente a unos sistemas formalizados un saber se define por las posibilidades de utilización y de apropiación ofrecidas por el discurso, gracias a sus puntos de articulación con otros discursos y prácticas discursivas. Esta afirmación remite a la coexistencia de disciplinas,

saberes y prácticas en los distintos sistemas donde operan como multi, inter y transdisciplinas. el análisis arqueológico de las epistemes abarca tanto la comprensión de los contextos en sí, como de los conceptos, teorías y enunciados que allí transitan y de las interacciones entre los actores profesionales y legos que constituyen ese sistema. Existen saberes que son independientes de las ciencias, pero no existe saber sin una práctica discursiva definida y toda práctica discursiva se puede definir por el saber qué forma. “Toda episteme tiene fines y se convierte en la “realidad” en una época dada, en cuanto sobre ella el hombre construye su mundo. Porque la episteme es un saber social, ideológico, colectivo, empírico, etc., construido metodológicamente en oposición a la formulación de opiniones individuales y desarticuladas. En otras palabras, la episteme es un complejo organizador de la vida humana y por lo tanto en este análisis constituye un punto de arranque de las dinámicas vinculares que surgen desde la definición de una situación como problema de la psicología clínica” (Hernández A, 2010, pp. 64)

Estupiñan, Bravo y Hernández (2006) refirieron que la episteme es coextensiva de las funciones rituales y míticas: La episteme permite mantener los vínculos y complejizarlos, a pesar de los efectos de separación o de ruptura que también la acompañan y estructura los modos de conocimiento y los sistemas de pensamiento que cuestionan la realidad, no como un hecho objetivo, sino como una pregunta abierta. La episteme interroga el estado del espíritu común a una unidad semántica (familia, clan, empresa, nación, etc.).

Rituales.

Un ritual es un organizador de las relaciones interpersonales que estructura los grupos pequeños –parejas, díadas, familias nucleares- y los grandes grupos –familias extensas, clanes, organizaciones sociales-. Los rituales funcionan como estructuras que acompañan los cambios simbólicos de la comunicación entre individuos; indican los cambios de nivel de realidad, por

ejemplo, de la relación de pareja a la profesional, y cambios de metanivel de realidad, como de sacramentos a fiestas o a ceremonias oficiales. J. Miermont (1987, 2001. p. 566 y sgts.)

El “ritual” se refiere a una modalidad particular de acción social materializada, definida por un número de presuposiciones pertenecientes a la organización de tal acción y a la experiencia de quienes participan en ella. Así, este término abarca ciertos eventos a través de los cuales estas presuposiciones ejercen explícitamente su influencia y los procesos por los cuales tales presuposiciones, a menudo implícitamente, ejercen su efecto (ritualización). Por esto, el ritual condensa los elementos sintácticos, semánticos y pragmáticos de la comunicación y como forma específica de activar relaciones, aglutina eventos objetivos con fenómenos subjetivos (Houseman, 2003).

En un sistema familiar en el que uno de sus miembros vive con VIH, existen mitos que se han ido elaborando según la experiencia de cada uno de los miembros, y que pueden fortalecer los vínculos en el sistema. Estos mitos pueden producir movilizaciones que le permitan a los miembros del sistema comprender la situación del miembro afectado y fortalecer sus vínculos afectivos con él o ella. De igual manera se dan epistemes e imaginarios que le permiten comprender a los miembros del sistema familiar la forma de abordar los procesos propios de la vida, que se ven reflejados en la manera de actuar de cada integrante del sistema y que identificamos como rituales familiares.

Por su parte, Riviere (1995) define un rito como un conjunto de conductas individuales o colectivas, relativamente codificadas, que tienen un componente corporal (verbal, gestual, postural), un carácter más o menos repetitivo, una fuerte carga simbólica para sus actores y habitualmente para sus testigos y se basan en una adhesión, generalmente no consciente, a valores sociales importantes. Los ritos tienen el sentido que le atribuyen sus protagonistas,

conforme a sus mitos e ideologías y no es necesaria la preexistencia de un significado, sino la creación simultánea de significante para alimentar el rito.

De esta manera, el rito es eficaz no tanto por lo que expresa y significa, sino porque él mismo opera un cambio real y no sólo simbólico. Todo rito de pasaje tiende a consagrar, a legitimar o a hacer reconocer como legítimo un límite arbitrario. Al marcar con solemnidad el paso de una línea que instaura una división fundamental del orden social, el rito llama la atención del observador sobre el pasaje, dado que lo importante es la línea que diferencia entre un antes y un después, entre un status y otro y entre dos grupos familiares diferentes (Hernández, 2004).

Procesos de Ajuste, Adaptación y Crisis Familiar

Hernández (2001) refiere que los investigadores del funcionamiento familiar, han intentado averiguar porque algunas familias ante los procesos de crisis, puede ajustarse y afrontar estas situaciones, mientras que otra no lo logran hacer, presentando bloqueos o simplemente rindiéndose ante las dificultades.

La familia, como todos los sistemas sociales, por medio de sus recursos y capacidades intenta mantener su funcionamiento adecuado con el fin de enfrentar las situaciones de estrés y tensión de acuerdo a los significados que la familia le atribuye a las demandas y capacidades. Existen tres factores que inter juegan para lograr un funcionamiento balanceado que se conceptualiza en términos de ajuste y adaptación familiar. Estos dos conceptos o fases se dan separadas por la crisis.

La fase ajuste; es un periodo relativamente estable en el que se presentan cambios menores, como un intento de la familia por afrontar las demandas con las capacidades existentes. La crisis

surge cuando el número de demandas excede las capacidades existentes. La fase de adaptación es el periodo donde la familia intenta restaurar el equilibrio por medio de la adquisición de nuevos recursos, desarrollando nuevas conductas de afrontamiento, reduciendo las demandas y cambiando su visión de la situación.

Según Lavee, McCubbin y Patterson (1983) conforme a su modelo de afrontamiento existen tres factores básicos que interactúan durante las fases de ajuste y adaptación; la acumulación de demandas, las capacidades y el significado atribuido a los eventos y a las capacidades.

Dentro de los intereses de quien realizo el presente trabajo de investigación/ intervención estuvo analizar una de las capacidades familiares, referentes a las estrategias de afrontamiento.

Estrategias de Afrontamiento como medio vital para superar la crisis

En medio de la desazón del diagnóstico, los miembros del sistema familiar, entran en una serie de acuerdos consigo mismos, la vida y sus creencias personales acerca de esta situación, las cuales por lo general los confrontan llevándolos a situaciones de inestabilidad familiar que de alguna manera los invita a buscar ayuda profesional. Es importante anotar que como psicólogo en el ejercicio de mi profesión he podido tener la oportunidad de utilizar este tipo de estrategias para comprender la manera como la familia como sistema puede utilizar diversos recursos para sacar adelante sus conflictos.

Las estrategias de afrontamiento le han dado luces al proyecto debido a que lo nutren en su fase interventiva con los miembros del sistema familiar con los que el investigador ha podido trabajar. Estos son medios que le permiten a la familia reconocer sus recursos y superar las crisis propias del diagnóstico.

El afrontamiento comprende los esfuerzos o acciones que la familia hace de manera consensuada o no, para satisfacer las exigencias o estresores (normativos y no normativos) que se presentan a lo largo de la historia familiar. Los esfuerzos pueden ser acciones directas que reduzcan las exigencias o bien acciones que mantengan o aumenten los recursos (personales, familiares, comunitarios).

También pueden ser intentos de manejar la tensión como condición de presión creada por las exigencias o bien de modificar el significado de las mismas (Mc Cubbin & Patterson, 1983). Estos autores definen el afrontamiento familiar como los esfuerzos específicos encubiertos o evidentes por medio de las cuales los miembros de la familia funcionando como un todo, intentan reducir o manejar las demandas sobre el sistema familiar incorporan recursos para sobrellevar la situación (Mc Cubbin & Thompson, 1996).

Las relaciones entre los miembros del sistema familiar, al enterarse del dx por VIH, entran en procesos de discriminación según se haya aprendido acerca de las creencias y pensamientos, así como de los aprendizajes obtenidos a lo largo de la vida acerca de la infección, estas actitudes en los miembros de la familia pueden producir episodios de crisis que desestabilizan la relación entre los miembros de cada sistema, esta es entre otras razones por las que quien desarrolla la investigación/intervención quiere tener en cuenta el tema de la crisis, pues nutre el presente trabajo.

Mc Cubbin, Larser y Olson (1983) proponen la existencia de dos tipos de estrategias de afrontamiento familiar, “estrategias internas y externas”. Las internas son aquellas que utiliza el individuo para enfrentar las dificultades tomando recursos existentes dentro de su propia familia:

- **Reestructuración:** Es la habilidad para redefinir las experiencias estresantes de manera que sean más aceptables y manejables. La familia cambia su punto de vista gracias a la confianza en su capacidad para manejar los problemas.
- **Evaluación pasiva:** Se refiere a los comportamientos menos activos que podría desplegar una familia ante el estrés. Para adoptar una actitud más pasiva se minimiza la responsabilidad y la iniciativa para afrontar las dificultades. Se trata de la intención de evitar los problemas y de la manifestación de una actitud pesimista. Las estrategias externas se refieren a las conductas de los miembros dirigidas a conseguir recursos en fuentes ajenas a la familia.

Las estrategias externas se refieren a las conductas de los miembros dirigidas a conseguir recursos en fuentes ajenas a la familia:

- **Obtención de apoyo social:** Hace referencia a la habilidad para usar los recursos familiares, amigos y vecinos.
- **Búsqueda de apoyo espiritual:** Es la habilidad familiar para acercarse a soportes espirituales o religiosos.
- **Mobilización familiar para obtener y aceptar apoyo:** Es la habilidad para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda profesional y/o de servicios sociales. Hernández A, (2001).

Crisis en procesos de VIH

Los procesos de crisis en los pacientes que viven con VIH son constantes, y estos permiten la re-significación constante de la vida del paciente, los mitos, ritos y epistemes del paciente con

respecto a la infección le pueden ayudar a este a superar estos estados de crisis en la medida en que logre comprender la realidad en la que se encuentra inmerso. Para Morin (1994) la crisis viene del griego y significa momento decisivo; es la evolución de un proceso incierto que permite el diagnóstico, según argumenta Hernández A. (2004).

La familia puede adoptar diferentes posiciones ante la crisis y entender esta como un momento de verdad, de decisión y de transformación que mueve a la acción, que genera ruptura y discontinuidad, es el desencadenante del cambio, de una experiencia perturbadora que puede provenir del interior o del exterior del sistema, aunque implica desorden, incertidumbre, bloqueo y desbloqueo de diversos mecanismos, potencialidades y realidades antes inhibidas.

La crisis en la actualidad se concibe como un momento donde con la perturbación surgen las incertidumbres, la crisis es un momento de verdad, de decisión y de transformación que mueve a la acción generando ruptura y discontinuidad. Es el desencadenante del cambio a partir de una experiencia perturbadora que puede tener su raíz en el interior o en el exterior de un sistema, aunque implica desorden, incertidumbre, bloqueo y desbloqueo de diversos mecanismos, potencialidades y realidades antes inhibidas. La crisis es a la vez reveladora de aquello que permanece oculto en las épocas ordinarias, y efectora de procesos de transformación.

Las familias, entendidas como sistemas en constante transformación (Watzlawick, 1986), atraviesan por continuos cambios, tanto internos como externos. No todos los procesos de transformación son generadores de crisis. Según Maturana y Varela (1996) la Crisis se da cuando algún miembro o miembros sienten amenazada la organización familiar y la identidad del sistema. Para Olson y Mac Cubbin (1989) la crisis es el desequilibrio, cuando el número de demandas excede las capacidades existentes. Pittman (1990) la define como un estado de cosas

en el que es inminente un cambio decisivo en un sentido o en otro. El punto nodal en el que las cosas mejoran o empeoran.

Es importante aclarar que el hecho de que haya crisis no significa que deba entenderse siempre como algo negativo; también tiene un componente positivo, ya que como dice Pittman (1990) no es posible lograr ningún cambio sin crisis; el cambio puede favorecer el mantenimiento y mejora del funcionamiento de la familia. No obstante, la respuesta natural de las familias es demorar el cambio, o incluso castigarlo y evitarlo; los problemas surgen cuando una parte de la familia trata de impedir la crisis en lugar de definirla y adaptarse a ella.

En relación con esto, según Maturana y Varela (1987) hay 2 formas de dinámica de cambio de los sistemas humanos en crisis: La primera, sobreviene cuando las demandas superan la capacidad para enfrentarlas y sólo cuando desarrolle nuevas capacidades de afrontamiento se dará nuevamente la adaptación. La segunda, sobreviene cuando se ve amenazada la organización, generando la posibilidad de crear cambios estructurales para la supervivencia del sistema.

Para Falicov (1988), una familia en crisis ha perdido la capacidad de restablecer el equilibrio y padece, en cambio, una necesidad constante de adaptarse cambiando las pautas de interacción entre sus miembros. El estrés no produce necesariamente una crisis pues ésta ocurre cuando la familia ya no puede acceder a sus recursos y utilizarlos de manera tal que controle y contenga las fuerzas propulsoras del cambio. El estrés familiar se define como un estado derivado de un desequilibrio, real o percibido, entre la demanda (el estresor, p.ej., desafío, amenaza) y la capacidad (p. ej., recursos, manejo) en el funcionamiento de una familia. Cuando el desequilibrio obedece a que las demandas exceden los recursos, se experimenta un estado de hiperestrés; a la

inversa, cuando el desequilibrio se debe a que los recursos exceden las demandas, la familia experimenta un estrés más bajo.

Es importante decir para el sentido de la investigación que la Doctora Ángela Hernández en su libro familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve habla de la crisis familiar cómo un término en el que dice que circunstancias en las cuales capacidades no son suficientes para afrontar el problema como aquellos donde:

La naturaleza del estrésor o transición implica un cambio en la estructura familiar ejemplo paternidad divorcio abandono del cónyuge; la Naturaleza número y duración de las demandas agotan los recursos existentes en la familia un desastre natural incapacita los miembros y destruye los bienes; el número y la persistencia de anteriores problemas no resueltos abruman los recursos de la familia conflictos constantes con el anterior cónyuge afectan la economía familiar y la estabilidad emocional de todos los miembros; la capacidad y los recursos de la familia son inadecuados o insuficientes madre soltera con un hijo gravemente enfermo escasos recursos económicos y ningún acceso al servicio de salud en forma abierta o encubierta la familia acoge la oportunidad para producir cambios estructurales que exigen el surgimiento de la crisis.

En consecuencia, si persiste y se incrementa el desequilibrio entre manos y habilidades la familia se mueve hacia un estado de crisis caracterizado por desorganización y disrupción de modo que los viejos patrones ya no son adecuados generándose entonces una urgencia de cambio.

Las familias atraviesan repetidos ciclos de ajuste – crisis y adaptación, que se desencadenan por las etapas propias del ser humano como son el nacimiento de uno de sus miembros, los cuales crean crisis normativas, seguidas de periodos de relativa estabilidad.

Gracias a la aparición de nuevos estresores, se pueden presentar otros ciclos, estresores como por ejemplo la aparición de una enfermedad en alguno de los miembros de la familia, donde se produciría una crisis dado que las demandas exceden las capacidades de la familia, para lo cual utilizando los recursos y las capacidades del sistema familiar se daría una fase de adaptación, durante la cual se restaura el equilibrio y se instaura la estabilidad relativa hasta la siguiente crisis. J. Patterson y D. Olson (1983)

Por otro lado, Hernández (2001), hace referencia a los indicadores específicos de una crisis familiar son: Incapacidad de los miembros para desempeñar los roles y las tareas habituales, así como el cuidado de las personas más frágiles niños enfermos y ancianos; incapacidad para tomar decisiones y resolver problemas cambio de foco de búsqueda de la supervivencia familiar a la supervivencia individual.

La crisis se acompaña de incomodidad y vulnerabilidad; pero no debe tomarse como un factor de estigmatización calificando la situación como un fracaso o clasificando la familia como disfuncional irremediablemente necesitada de ayuda profesional por el contrario hay que comprender que las crisis son situaciones normativas del proceso de desarrollo que indican el momento de hacer cambios en la estructura y en las reglas familiares. En el contexto de investigación actual este termino de crisis familiares nos pueden ayudar entender cómo se llevan a cabo las movilizaciones al interior del sistema familiar entre sus miembros y nos permiten conocer cómo se desarrollan estas movilizaciones, pensamos en la posibilidad como los enfermos en un sistema familiar pueden afrontar su enfermedad y valiéndose de sus recursos sacar sus procesos de vida adelante.

El Cambio como parte del proceso de ajuste

Un elemento importante a comprender después del desarrollo de la crisis, es el Cambio. Está abarca todo movimiento y toda interacción, el paso de un estado a otro. En filosofía, siempre se ha contrapuesto al “cambio” la relativa estabilidad de las propiedades, de la estructura o de las leyes de la existencia de los cuerpos. Sin embargo “la estructura, las propiedades y las propias leyes son un resultado de interacciones, se hallan condicionadas por las diversas conexiones de los cuerpos, de suerte que son engendradas por el “cambio” de la materia” (Montevideo, 1965, p.56).

El cambio es un proceso que aprecia un observador con una diferencia en el estado de un sistema en diferentes momentos, es una diferencia del valor de una variable en un periodo de tiempo. Como todo proceso denota la comparación de indicadores por un observador a través de un periodo de tiempo e implica que el observador está en condiciones de conectar sus apreciaciones con base en algún principio explicativo. Autores como Watzlawick, Weakland y Fisch (1992) con respecto al cambio refieren que existen dos tipos diferentes, uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema que en si permanece inmodificado y otro cuya aparición cambia el sistema mismo. Por un lado, está el cambio de primer orden; en este los parámetros individuales varían de manera continua pero la estructura del sistema no se altera. Por otro lado, el cambio de segundo orden, en este el sistema cambia cualitativamente y de manera discontinua, se producen cambios en las reglas que rigen su estructura y orden interno. En el ser humano la experiencia de aprender pertenece al cambio de segundo orden.

Método

En este capítulo se expone la perspectiva metodológica asumida y el desarrollo de la investigación-intervención en sus diferentes etapas. Se parte de una metodología que “orienta los fundamentos de la modelización permitiendo la construcción de conocimiento” (Le Moigne, citado por Hernández, 2008). En la investigación/intervención se modeliza el fenómeno clínico comprendido desde una perspectiva eco-eto antropológica de la dinámica vincular” Dimate y Bello (2012). Pg. 75

Para ello, en el presente capítulo se expone inicialmente la modelización sistémica realizada, los principios operadores asumidos, las estrategias y los actores participantes en el proceso. Así mismo, se explica el análisis de los resultados, lo cual espera abrir la discusión a partir de las diferentes estrategias metodológicas utilizadas.

Una explicación de la Modelización Sistémica

Según Hernández (2010), tomando la teoría de modelización de J.L Le Moigne (2002) menciona que la noción de modelización se refiere a la capacidad de describir y organizar los procesos de elaboración de un modelo y es en sí una construcción intencional a partir de la experiencia vivida por el sujeto que modeliza, a través de ese mismo sistema de símbolos que es el modela. Tomando esta idea la experiencia de este trabajo está relacionada con un fenómeno de estudio que interesa y motiva al investigador en términos de sus propias experiencias como terapeuta en formación y como sujeto experiencial de sus propias historias de vida. El proceso de modelización es de construcción intencional que representa por medio de un sistema de

símbolos la percepción de una experiencia de la realidad, percibida por el sujeto que hace la modelización.

En consonancia con la noción de modelización, como un proceso de construcción intencional, Hernández, Estupiñan y Bravo (2006) consideran que para empezar con un proceso de modelización se requiere rastrear los mitos, ritos y epistemes propios respecto al problema y a sus motivaciones para explorarlo, esto implica hacer explícitas las razones personales, institucionales, políticas e investigativas para estudiar el fenómeno elegido a través de cuestionamientos autorreferenciales.

Según comentario de A. Hernández de acuerdo a Le Moigne acerca de la modelización precisa que es posible si existen dos principios a tener en cuenta como son:

1.) Principio de la modelización sistémica, según el cual la modelización describe la acción de investigar en su contexto partiendo de preguntas con fines teleológicos (¿Con cuál finalidad?), fines proyectivos (¿para vivir qué?) y fines fenomenológicos (¿cuáles acciones y vivencias?). ¿Qué en síntesis se refiere a la pregunta ¿qué hace el investigador, cómo lo hace y por qué lo hace?

Entendemos entonces que este principio implica que el investigador como modelizador, se mueva constantemente entre la conversación directa y la reflexiva con los participantes (“objetos de la investigación e intervención”) y una posición que le permita observarse a sí mismo como modelizador dentro del sistema.

2.) Principio de la acción inteligente, definido por Hernández (2006), como “la capacidad que tenemos como seres humanos de elaborar y representar representaciones inteligibles, de esos fenómenos de consonancia-disonancia para inventar respuestas en forma de acciones inteligentes

y adaptadas a las resoluciones de tales disonancias cognitivas, entendiendo la adaptación como acoplamiento ecológico. Este principio permite construir conocimientos factibles, a través de sistemas de signos, modelos, de modo que el modelizador se ve reinvestido de la responsabilidad socio-cultural de escoger aquellos que se enseñará o comunicará”. (Pg.46)

Estas nociones puestas en este trabajo de investigación e intervención, invitan a comprender que el investigador-interventor construye el problema a partir de aquello que le genera discrepancias cognitivas para generar soluciones claras. En esta medida “elegimos” el problema y por lo tanto tendremos una responsabilidad social con aquellos sujetos que decidimos que fueran parte de nuestro proyecto de investigación, partiendo de nosotros mismos.

Ahora bien, en este proceso de modelización, que por definición implica una meta-observación de nosotros como modelizadores, una responsabilidad social con los sujetos y el fenómeno que investigaremos e intervendremos, una comprensión de nuestras propias motivaciones e intereses; está también definido por una serie de hipótesis que nos llevan a hacer varias reflexiones sobre lo que pensamos en todas las fases del proceso investigativo.

Por tanto, en el diseño de esta investigación-intervención estamos conscientes que la construcción de nuestro problema y el desarrollo del mismo va a ser un proceso único en la medida en que tendrá que ver con unas representaciones y construcciones simbólicas que no están por fuera de nosotros mismos, como una “cosa objetiva”, sino que tiene que ver con nuestra propia carga autorreferencial y los marcos conceptuales con los que nos moveremos.

La modelización de este trabajo de investigación/intervención, utiliza una metodología comprensiva y reflexiva a cerca de los vínculos familiares en un sistema familiar, donde uno de sus miembros vive con una infección como el VIH, que llegan a la IPS Asistencia Científica de

Alta Complejidad, por un motivo de consulta definido como la dinamización de los vínculos.

Durante el proceso investigativo se buscó comprender como los cambios vinculares del sistema familiar, permitieron la resolución de la problemática del sistema, y como a partir de esos cambios emergieron nuevos escenarios en el diseño del proceso de investigación/intervención en el marco de la terapia sistémica.

Por su parte, el proceso interventivo tuvo como interés, movilizar los vínculos de estas familias, hacia los mitos, ritos y epistemes emergentes por medio de un proceso de investigación-intervención en el marco de la terapia sistémica que posibilitará resolver la problemática familiar con respecto a la enfermedad y sus dilemas.

Dentro de este proceso, el investigador/ interventor se reconoce como parte del sistema en el que interviene, asumiendo una postura paradigmática que prioriza las relaciones y las múltiples versiones de la realidad. Esta postura reconoce por lo tanto la pertinencia de la cibernética de segundo orden en la observancia de este tipo de fenómenos humanos. Lo anterior se traduce en la existencia de procesos de meta observación y meta reflexión, que fueron traducidos en conversaciones reflexivas autorreferenciales.

En este proceso, es importante anotar, que el caso que participo en este proceso investigativo, se trabajó en fase de hospitalización del paciente durante dos meses. En la elaboración de la investigación se trabajaron previamente con cinco sistemas familiares que cumplían con las características de la investigación intervención, las cuales eran: un sistema familiar en el que uno de sus miembros viva con VIH, el sistema familiar se acabe de enterar del diagnóstico, y asista a terapia a la IPS Asistencia Científica de Alta Complejidad.

Figura 1. Modelización de la investigación/intervención.

Fuente: elaboración autor.

Durante dos años, se conocieron muchas historias y familias que quisieron participar de la investigación, le han permitido conocer al investigador interventor las características necesarias para llegar a hacer los ajustes propios de esta. Fue así como el caso elegido, se trabajó y se

conservó desde el principio. Los demás casos familiares han sido tratados y han sido remitidos a los psicólogos de la IPS, quienes han continuados con su proceso terapéutico. No se continuo con el estudio de estos casos y su seguimiento pues los pacientes presentaron en su momento dificultades para continuar con el proceso, dos de las familias no viven en la ciudad, situación que dificulta la continuación de la investigación y en la otra familia, el paciente que vivía con VIH que se atendió como posible segundo en la investigación decidió retirarse de esta hace unos meses por situaciones de salud.

Fases de proyecto de investigación intervención

Todo lo anterior, permite organizar el proceso realizado en cuatro fases tal como se describe a continuación:

Fase 1. Aproximación al fenómeno, se tuvieron en cuenta en esta fase los dilemas del investigador/interventor con respecto al interés de la investigación y el fenómeno. Se propuso el tema de investigación de acuerdo a las inquietudes del investigador y a las necesidades del lugar en donde trabaja.

La introducción permitió tener una idea general del trabajo que se realizó, contando con la identificación del fenómeno y la posibilidad de proponer un problema que permitió la elaboración de la investigación, proponiendo las preguntas, e hipótesis tanto de investigación como de intervención.

El estado de arte le permitió al investigador comprender el fenómeno de investigación, por medio de la exposición de los puntos de vista, desde diferentes autores que le permitieron al investigador comenzar a desarrollar el problema de investigación, descubriendo el sentido que esta le da a las familias, los consultantes y el equipo terapéutico, definiendo los diferentes

momentos que le dan sentido a esta. La investigación se nutre de estos conocimientos permitiendo el desarrollo del sistema teórico.

En el sistema teórico se logró nutrir la investigación con conocimientos y teorías acerca del tema de investigación e intervención, se desarrollaron elaboraciones teóricas que enriquecieron la comprensión del fenómeno, desde una mirada sistémica compleja.

Fase 2. Fase de diseño. Esta fase se desarrolla teniendo en cuenta el Pre diseño, el diseño y el Neo diseño. En la investigación/intervención se llevó a cabo el desarrollo del fenómeno de investigación que permite la comprensión del problema, a partir de la aplicación de los diferentes elementos y estrategias que favorecieron el trabajo del investigador con el consultante y su familia, teniendo en cuenta los intereses del investigador/interventor y los de la IPS Asistencia Científica de Alta Complejidad. En este apartado se tienen en cuenta unas matrices en donde se codificará la información resultante de las entrevistas.

Esta matriz se utilizó para la aplicación y la presentación del primer trabajo presentado a jurados, sin embargo, la aplicación no dio los resultados esperados debido a algunas inconsistencias identificadas y modificadas con el fin de mejorar la aplicación, se dio cuenta el investigador que las partes del instrumento no eran suficientes para agotar los datos con los cuales se trabajó en la investigación/intervención.

Con el interés de favorecer la comprensión del fenómeno, se diseñó una segunda matriz con el fin de favorecer la recolección de datos y su aplicación, la cual se fue ajustando y mejorando en otra versión. Se llevan en a cabo en el diseño los reajustes de la aplicación y los instrumentos debido a que la aplicación con las primeras matrices, denotan algunas fallas de construcción de la matriz. De este modo, teniendo en cuenta los operadores temporo espaciales del vínculo, mitos,

ritos y epistemes, se re-organizan las categorías y se cruzan con categorías propias del proyecto: crisis, estrategias de afrontamiento, y cambio.

Para el diseño se redefinen las matrices teniendo en cuenta los escenarios y las escenas, categorías, los operadores temporo espaciales del vínculo, actores, y autorreferencia. Este apartado se desarrolla con el sistema familiar y cada uno de sus integrantes relacionándose con las escenas y los escenarios propuestos para desarrollar la investigación. El diseño se desarrolla teniendo en cuenta el modelo inicial y el modelo emergente que sirve como pretexto para producir las conclusiones y los aportes.

Fase 3. Fase de aplicación. Se desarrolla teniendo en cuenta las conversaciones realizadas con los diferentes actores y estudio de caso, Diarios de campo, Equipo reflexivo, Escenarios y Escenas. La información recolectada se analiza en las matrices anteriormente nombradas en el sistema familiar con el que se trabajó.

Fase 4. Fase de resultados, aportes y documento final. En esta fase se organiza la información de manera que se puedan comprender los resultados obtenidos por la categorización en las matrices, teniendo en cuenta la discusión con los autores que se propusieron en el sistema teórico, los aportes del investigador y el documento final.

Figura 2. Fases de la investigación intervención.

Fuente: elaboración propia.

Principios operadores

Reflexividad.

En la investigación/intervención se toma la reflexividad como principio operador pues le permitió al investigador llevar a cabo procesos de comprensión del fenómeno estudiado en las familias con las que trabajo tanto a investigación, como la intervención.

Chacón (2006) señala “reflexionar implica un acto del pensamiento, que nos permite abstraernos, para observar, debatir consigo mismo, y tratar de explicar nuestras acciones.

Es mirar críticamente lo que se hace, justificar cada una de las decisiones tomadas y profundizar desde el cuestionamiento propio que nos permita rectificar o tomar decisiones que pretenden en todo caso mejorar nuestras prácticas”. (p.51)

En este sentido existen diferentes herramientas útiles desde el punto de vista de su potencialidad en la generación de reflexividad; Medina (2007) propone el dialogo reflexivo, el análisis de casos. La idea básica de estos procedimientos es la de fomentar el aprender a aprender.

Desde esta postura, se permitió conocer el sistema familiar, su contexto, y las movilizaciones que se pudieron llevar a cabo gracias a la intervención del investigador. De este modo, dicho principio permitió poner en común los diferentes elementos de la investigación, las categorías, los operadores temporo-espaciales del vínculo, los diálogos reflexivos con los miembros del equipo terapéutico y desarrollar una investigación alrededor del fenómeno.

Proceso Conversacional.

Parafraseando a Anderson (2009) podemos encontrar un relato referido al proceso de comunicación y conversacional que permite “dejarle espacio al cliente para que cuente su historia a su propio ritmo; mostrar interés sincero y curiosidad por dicha historia, escuchar con la

máxima atención; responder mediante comentarios y preguntas que permitan aprender más sobre lo que el cliente está diciendo...Hacer pausas y permitir silencios para escuchar y para que la conversación fluya al ritmo de quienes están participando en ella sin presionar a nadie a que responda algo, sino que lo hagan por su propia iniciativa. La conversación así lograda, es menos jerárquica y dualista, propicia conexiones, colaboración y construcciones auténticas que no se supeditan al uso de tecnicismos y es esto lo que ella denomina las relaciones de colaboración y conversaciones dialógicas”. (Anderson, 2009, p. 10).

A través del dialogo y los procesos conversacionales entre los diferentes actores participantes de la investigación/intervención, el investigador ha podido llevar a cabo diferentes movilizaciones que le han permitido comprender la dinámica familiar en sus diferentes aspectos.

Por medio del dialogo el investigador ha podido hacerse una idea completa de la situación real de los miembros del sistema familiar, gracias a su experiencia dialógica con los actores participantes ha logrado las conexiones necesarias para realizar las movilizaciones vinculares que permitan un cambio favorable para el sistema.

Neutralidad.

Se conoce como neutralidad, en el contexto terapéutico, la cualidad del psicoterapeuta por la que, con desinterés personal y compromiso profesional, con equidad y justicia, y mediante un juicio que busca distinguir lo verdadero de lo falso, lo bueno de lo malo, facilita que una persona, en cuyo interior se dan opciones en conflicto (por múltiples posibilidades causales), abra, amplíe, aclare el espectro de inter-relaciones y pueda conocer y actuar con más y mejor juicio. La neutralidad, en este contexto y en relación con el juicio, no tiene que ver con la actitud fría,

indiferente, sino con la actitud fenomenológica de hacer aparecer, hacer visible en el cuadro de referencia de la persona, del que habla Rogers (1971).

La intervención del psicoterapeuta se sustenta en una teoría psicológica que identifica la corriente del profesional y que determina un modo de acción, de comportamiento. Desde el enfoque sistémico quien desarrollo la presente investigación utiliza la Neutralidad, con la posibilidad de saber discernir qué tipo de ayuda terapéutica necesita el consultante o cuál se adecua más a su motivo de consulta. Como investigador de la presente investigación considero que la neutralidad, me ha permitido objetividad en cuanto al trato con los consultantes, y al manejo de la información recolectada, desde la comprensión de la dinámica familiar.

Autorreferencia.

Según Hernández, Bravo y Estupiñan (1997) la autorreferencia hace alusión a las confluencias entre el terapeuta y los consultantes, a los procesos dialógico-reflexivos como manera de construir sus realidades y a las intersecciones que los constituyen desde la configuración del mundo personal, tales elementos ligados a la individualidad.

En ese mismo sentido, Elkaim (1998) expresa que “podemos estar constituidos por ensambles hechos de elementos no reductibles a nosotros y ser sin embargo singulares y únicos. Podemos ser no separables de nuestro contexto, sin por ello evitar nuestra responsabilidad a nivel ético” (p. 113). Maturana (1998) expresa al respecto que “un ser humano no es un individuo sino en el contexto de los sistemas sociales en los que se integra, y sin seres humanos individuales no habría fenómenos sociales humanos” (p. 125).

Por tanto, la autorreferencia, entendida como esa capacidad que adquiere el psicoterapeuta sistémico para darse cuenta, a medida que avanza el proceso de entrevista, de los referentes a los

que acude para organizar el proceso terapéutico, permite es decir darse cuenta si acude a sus propias experiencias, a sus emociones, a eventos de su historia personal, aquellas que a lo largo de su vida lo han enriquecido, o lo han formado, le han dado la oportunidad de decidir o tomar decisiones.

Para este estudio, las vivencias personales del investigador- interventor permitieron realizar conexiones importantes entre los miembros del sistema familiar, el consultante y él; así mismo sus experiencias personales le sirvieron como marco de referencia para la comprensión de la experiencia de la enfermedad de sus consultantes y sus familias.

Conceptos Metodológicos

Las categorías de este estudio emergen del cruce relacional entre los conceptos del Macro Proyecto de Vínculos y los conceptos propios de este estudio. Por tanto, se abordan como elementos centrales:

Sistemas de significación:

Esta categoría busca dar cuenta de los mitos, epistemes y sistemas de creencias de los miembros de la familia del consultante en relación de las categorías de la investigación, buscando la movilización vincular de los miembros del sistema, a partir de la intervención del investigador en relación con las categorías tratadas en la investigación.

Sistemas de organización:

A través de los operadores temporo- espaciales del vínculo el investigador/interventor pretende realizar conexiones entre las categorías de la investigación y los ritos emergentes que la familia adquiere en su relación familiar ante la intervención del terapeuta en relación con el manejo del diagnóstico.

Estrategias de afrontamiento:

Se relaciona con las diversas premisas y recursos que permiten un esfuerzo para actuar, que sumen los participantes en la investigación es decir el sistema familiar, alrededor del diagnóstico de VIH y el proceso que implica el mismo. Esta categoría permite reconocer las diversas maneras de afrontamiento que se presentan en la movilización del sistema para conseguir el apoyo de otros.

Crisis:

Existen diversas circunstancias en las que las capacidades y recursos familiares no son suficientes para afrontar el problema, además surgen dilemas que existen en el sistema familiar y sus integrantes con respecto a la infección y que permiten una fase de desajuste caracterizada por un proceso de crisis familiar el investigador pretendió observar las movilizaciones del sistema y los cambios que se dieron en relación a las demás categorías de la investigación/intervención.

Cambio:

Se observan las pautas de relación y movilización vincular que se mantuvieron o cambiaron en el sistema familiar, gracias a la intervención y comunicación existente entre el sistema consultante y el terapéutico, que permitieron la movilización de los miembros del sistema familiar, obteniendo posibilidades de mejorar su situación de vida familiar.

Estrategias

Para el desarrollo de la investigación/intervención se propusieron tres estrategias que le permitieron al investigador lograr los resultados que se buscaba alcanzar.

Estudio de caso.

Según Yin (citado en Ayuso & Ripoll, 2005) el estudio de caso corresponde a una estrategia que estudia los fenómenos en su contexto buscando dar explicaciones de forma global y comprendiéndolo en su complejidad. Permite la descripción de patrones típicos de cambio al situarlos en el contexto donde ocurren. Según Hernández (2005) el principio básico de la reconstitución de un caso es el análisis secuencial permitiendo la reconstrucción de la estructura de sentido del caso. De esta manera se realiza una recopilación y un análisis de los datos en pasos conectados. Los datos son analizados para comprenderlos y poder responder a las preguntas de la investigación. En este orden de ideas el marco teórico y el estado del arte documental constituye un sustento teórico para llevar a cabo un análisis de los datos recolectados, así entonces se categoriza, se tabula y se recombinan los datos con el sustento teórico para generar nuevas comprensiones investigativas que respondan a una articulación de los objetivos con premisas teóricas, epistemológicas y paradigmáticas. (Bello y Dimate, 2012)

Equipos reflexivos.

Gadamer (1999) asegura que los seres humanos son prejuiciosos lo cual sustenta diciendo, que antes de conocer a una persona, ya se han formado juicios o comprensiones previas; el mejor modo de comprender a las personas es mediante el lenguaje que utilizan, así como como sus expresiones. Para White, según (Friedman 2005) un equipo reflexivo es una comunidad que formula ideas y opiniones y reconoce las experiencias de la vida de la otra comunidad, la del

cliente. La base de los procesos reflexivos es la hermenéutica; término de la filosofía manejado por Gadamer y Heidegger, quienes afirman que nuestras comprensiones están determinadas en gran medida, por las experiencias vividas. Martin Heidegger y Hans-Georg Gadamer, (en Andersen, 1999) Esta vida ya vivida nos aporta diversos tipos de premisas generales concernientes a cómo entender a los seres humanos. Gadamer (1999) asegura que somos prejuiciosos, pues antes de conocer a una persona ya hemos realizado juicios o comprensiones previas. El mejor modo entonces de comprender a las personas es mediante el lenguaje que utilizan, así como sus expresiones. La nueva información puede ir en contra de nuestras comprensiones o incluso cambiarlas. En este sentido “la hermenéutica se refiere a la influencia de la comprensión previa sobre la comprensión real y a la que esta última ejerce sobre la primera cuando difiere de ella” (Andersen, en Friedman, 2005. p. 38). Los procesos reflexivos son entonces círculos hermenéuticos.

En este estudio el equipo reflexivo le permitió al investigador generar espacios de conversación con los participantes dar en relación con el proceso terapéutico.

Diarios de campo.

Otra de las estrategias que el investigador interventor implemento en su investigación fueron los diarios de campo pues le permitió recolectar información a lo largo de dos años de seguimiento en uno de los pacientes con el que trabajo y apporto a la investigación elementos importantes para entender el fenómeno de investigación cabe anotar que los diarios de campo es un instrumento que se utiliza para la descripción, el análisis y la valoración del campo de intervención, que toma sentido en la medida en que se convierte en una posibilidad para generar procesos de reflexión-investigación sobre el quehacer del psicólogo. (Fisher, 1992, p. 32). Es importante resaltar que estos diarios de campo se hacen grabados en grabadora y se hace con la

intensión de acompañar el proceso de los consultantes y sus familias en un marco de privacidad y se logra por medio del consentimiento de los integrantes del sistema familiar que interviene.

Contexto de investigación/intervención

El contexto en el cual se llevó a cabo la investigación es la IPS Asistencia Científica de Alta Complejidad, la cual es una empresa prestadora de servicios de salud, en donde su fin es proveer al paciente que vive con VIH de los servicios de salud propios que mejoren su calidad de vida desde las diferentes especialidades de la medicina y otras ciencias de la salud. Los miembros del comité de investigaciones de la IPS, estaban interesados en que este estudio les permitiera obtener conocimientos y aportes acerca de la manera como los integrantes de la familia se movilizaron en torno al diagnóstico del miembro del sistema familiar que vive con VIH.

Así mismo, es de interés de dicho comité el que se hagan intervenciones teniendo en cuenta la experiencia de aquellos que ya le contaron a su familia acerca de su diagnóstico. Les interesaba saber de igual forma cómo las familias que ya han aceptado el diagnóstico, lo han hecho y la manera como se llevó a cabo el proceso de convivencia una vez se enteraron de la noticia. En definitiva, consideraron que esta investigación/intervención les contribuirá a tener más elementos de juicio para que cuando se lleve a cabo la terapia, el sistema familiar pueda recibir orientación para un adecuado afrontamiento, encaminando a la consolidación de un escenario nutricional relacionalmente (Linares, 2012).

El equipo terapéutico está formado por el investigador/interventor y la psicóloga de la IPS quien está dispuesta a aportar con sus conocimientos para el desarrollo de dicho trabajo de maestría, previa consulta y autorización tanto de las directivas de la IPS, como del director de la tesis.

Se logró trabajar con los consultantes y sus familiares en un contexto de hospitalización, debido a que el primer momento de la entrevista es decir la recepción de los casos se lleva a cabo en la Clínica por interconsulta del médico tratante, en caso tal que se requiera, según la posibilidad del sistema familiar, propiamente en la Clínica Nueva, que es la institución hospitalaria que ofrece servicios de atención hospitalaria a los pacientes que viven con VIH.

Esta posibilidad se dio siempre y cuando los consultantes con los que se trabajó fueran hospitalizados por alguna enfermedad oportunista que se dé por acción del virus. A lo largo de la investigación se ha podido trabajar con diferentes pacientes que en su momento fueron escogidos para la investigación pero que gracias a su evolución y/o a las complicaciones de salud que fueron presentando, no pudieron formar parte del estudio de caso como tal.

Participantes.

En cuanto a la elección de los participantes, se tuvieron en cuenta los miembros de los subsistemas conyugal, materno filial y fraterno, del sistema familiar que hizo parte de este proyecto, cumpliendo la característica de que uno de sus miembros estuviera viviendo con VIH y que se han enterado del diagnóstico en un tiempo no mayor a tres años. Se trabajó a lo largo de la investigación aproximadamente con cinco familias que durante la hospitalización se enteraron de su diagnóstico y se hizo el seguimiento oportuno a través de la IPS Asistencia Científica de Alta Complejidad, de estos se escogió un sistema familiar debido a que el miembro del sistema familiar que vive con VIH, no ha presentado complicaciones médicas que les impidiera ser parte del estudio y estar interesado en el mismo. De este modo, se llevó a cabo el desarrollo de los escenarios con la familia en la cual uno de sus integrantes vive con VIH y los demás integrantes del sistema familiar se acaba de enterar de su diagnóstico.

El investigador/interventor, contó además con el apoyo de los psicólogos de la IPS Asistencia de Alta Complejidad, quienes hicieron parte importante en la comprensión y desarrollo de la investigación lo cual se pactó con la dirección del trabajo de grado y el director de la IPS. De igual modo, se realizó un consentimiento informado con el fin de presentárselo a los consultantes y sus familias, teniendo en cuenta que las sesiones se iban a grabar en grabadora y que la información de los encuentros, serían de uso exclusivo del investigador, con el fin de desarrollar el trabajo de investigación/intervención. Se le informo también al consultante y a su sistema familiar, que participarían en las entrevistas, el investigador y una psicóloga de IPS, que colaboraría con la intención de favorecer la investigación con sus aportes profesionales. Se llegó al acuerdo que se tendrían un número de sesiones no mayor a seis y que estarían informados de los resultados del estudio realizado.

Consultante.

Según reporte del médico tratante el consultante (H) de 27 años de edad que llega al servicio de la clínica con diagnóstico reciente, por diarrea continua y recurrente con evolución de cuatro, desnutrición y síndrome de desgaste por EDA, diagnosticado hace seis meses y con tratamiento antirretroviral iniciado hace aproximadamente dos meses y al parecer está presentando una reacción alérgica a los componentes de uno de los medicamentos.

Es inter consultado debido a que su familia se acaba del diagnóstico y ha surgido una crisis familiar debido al desconocimiento de la infección y su posible manejo. El paciente es homosexual por lo que no ha tenido problema con su familia, pues su condición ha sido respetada por su familia, no tiene pareja y es considerado dentro del sistema familiar como el menor una persona muy querida y respetada.

Su sistema familiar está formado por dos hermanos mayores que él, una hermana la mayor de los tres, quien ya está casada y con quien vive, tiene un hijo; y su hermano que también está casado y vive con su esposa; y sus padres quienes llevan 35 años de casados. Quienes durante el tiempo del estudio se enteraron del diagnóstico VIH de su hijo y con los cuales se llevó a cabo terapia en el contexto clínico durante los días de hospitalización.

El consultante ha tenido un proceso muy particular, ha sido remitidos por el infectólogo al Psicólogo clínico por concepto de infección por VIH, con diagnóstico reciente, quienes reciben el resultado en la hospitalización y se les comunica toda la información de promoción y prevención acerca de la enfermedad.

Se ha llevado un proceso de conocimiento de su familia y se les ha informado a sus integrantes acerca del consentimiento del paciente para llevar a cabo esto, se les informa que las formas para recolectar la información son la entrevista la cual será grabada en grabadora, la historia clínica y los diarios de campo. No se ha podido trabajar más que con los familiares que el paciente de acuerdo a su confianza ha querido contar.

La primera parte del proceso se lleva a cabo en la hospitalización del paciente, es decir, la recepción del caso se hace por ínter consulta del infectólogo en el paciente hospitalizado que se acaba de enterar de su diagnóstico y quiere con el tiempo contarle a su familia y manejar o aprender a conocer el proceso de afrontamiento.

El conocimiento del sistema familiar y las primeras impresiones y movilizaciones vinculares al interior del sistema familiar se lleva a cabo en la hospitalización del paciente y ha sido manejado por el investigador interventor en un escenario clínico como es la habitación del paciente y/o el consultorio en la clínica.

Diseño Metodológico

Prediseño. Esta parte de la investigación estaba formada por 6 sesiones las cuales se hacían a dos familias con las cuales se inició la investigación/intervención teniendo en cuenta que cada familia escogida cumpliera unos requisitos propios de la investigación, como fueron: que recibieran atención en la IPS Asistencia Científica de Alta Complejidad, que fueran sistemas familiares conformados por subsistemas como parental, fraterno, que tuvieran uno de sus integrante viviendo con VIH y que el resto del sistema familiar se acabara de enterar del diagnóstico.

En cada una de las sesiones se iba a desarrollar el siguiente guion:

Tabla 2. Escenas de la intervención del prediseño

ESCENA	ESCENARIO	PARTICIPANTES
1	Primera sesión; sesión de conocimiento del consultante con se terapeuta	Consultante y terapeuta
2	Segunda sesión; conocimiento del diagnóstico y la manera como lo comienza a descubrir y la manera como lo asume	Consultante y terapeuta
3	Conocimiento del sistema terapéutico e inicio de terapia con el sistema familiar.	Sistema familiar y terapeuta
4	Proceso de terapia con el psicólogo colaborador del proceso terapéutico.	Sistema familiar y dos psicólogos
5	Cierre del proceso terapéutico	Sistema familiar y dos psicólogos
6	Equipo reflexivo y conclusiones del proceso terapéutico con la familia	Equipo reflexivo

Fuente: elaboración propia.

El trabajo se desarrolló teniendo en cuenta el fenómeno de investigación, los objetivos y las preguntas orientadoras, la manera como se organizó la información fue en matrices, las cuales se ajustan para el proceso de diseño, en esta matriz se tienen en cuenta las categorías con las cuales se espera trabajar como son crisis familiar, estrategias de afrontamiento, resiliencia y cambio. Unidos a la información de los operadores temporo espaciales de vinculo (Mitos, Ritos y Epistemes). Teniendo en cuenta a los participantes como son consultante, sistema familiar, equipo terapéutico y autorreferencia del investigador. El proceso conversacional y terapéutico que se redactó producto de las entrevistas entre el sistema terapéutico y el sistema familiar se encuentra expuesto en el Anexo N.2. **Tabla 3. Matriz del prediseño**

Objetivo	Hipótesis		Preguntas orientadoras	
	Consultante	Sistema familiar	Sistema terapéutico	Autoreferencia
Participantes/ Categorías				
Crisis				
Estrategias de afrontamiento				
Resiliencia				
Cambio				
Mitos				
Ritos				
Epistemes				

Epistemes				

Fuente: elaboración propia.

Una matriz de muestra del trabajo que se realizó con esta expuesta en la tabla 3, se expone en el Anexo N.3.

Diseño.

Según los ajustes logrados en la investigación e intervención, por parte del terapeuta y las familias, después de una primera aplicación en el prediseño; se dan algunos cambios metodológicos en la aplicación de los instrumentos y la manera como se continua la investigación/intervención, en esta fase de Diseño.

En cuanto a las matrices se hace un ajuste necesario, en el cual se cruza la información de las categorías como Crisis familiar, estrategias de afrontamiento y cambio y los operadores temporo espaciales del vínculo (mitos, ritos y epistemes).

Tabla 4. Matriz del diseño

IDENTIFICACIÓN

EDAD

OBJETIVO

PREGUNTAS ORIENTADORAS

Categorías/ Escenarios	Operadores	Temporo espaciales	Del vínculo
	<i>MITOS</i>	RITOS	EPISTEMES
CRISIS			
ESCENARIO 1			
ESCENARIO 2			
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
ESCENARIO 1			
ESCENARIO 2			
CAMBIO			
ESCENARIO 1			
ESCENARIO 2			
AUTOREFERENCIA			

Fuente: elaboración autor

Se hace aplica de la nueva matriz con un solo consultante y se excluye la categoría de la resiliencia.

Con respecto a la tabla de diseño se adiciona una columna concerniente a las preguntas que se tienen en cuenta en cada una de las sesiones a modo de guion con el fin de obtener la información necesaria, de acuerdo a los objetivos de la intervención.

Además, se toma la decisión de aplicar la matriz a uno de los dos sistemas familiares, con la familia que se decidió trabajar fue la última que se tuvo contacto y con la cual se trabajó hasta el final de la investigación.

Tabla 5. Escenas de intervención del diseño

ESCENAS	ESCENARIOS	PARTICIPANTES	PREGUNTAS
1 ENCuentro	<p>Primera sesión: se llevó a cabo en la habitación del paciente.</p> <p>Se realiza una entrevista reflexiva alrededor de lo que ha sucedido con el VIH, se realizan dos escenas, en la primera se desarrolla el dialogo entre el paciente y el terapeuta. La segunda escena se lleva a cabo teniendo en cuenta a los miembros del sistema familiar que conocen el diagnóstico, los primeros que se enteraron.</p> <p>En este escenario se trabajará alrededor de los operadores temporo espaciales del vínculo</p>	<p>Investigador/interventor y paciente identificado.</p> <p>Investigador y paciente y su hermana.</p>	<p>¿Cómo está formada la familia?</p> <p>¿Cómo han reaccionado los diferentes integrantes frente al diagnóstico?</p> <p>¿Qué sistemas de creencias emergen frente a la enfermedad?</p>
2 ENCuentro	Segunda sesión, la cual se indaga acerca de los mitos, ritos y epistemes que puedan dar cuenta en los miembros del sistema	Investigador/interventor y sistema familiar	¿Qué epistemes organizan su experiencia familia frente al VIH?

	familiar con respecto al VIH.		¿Cuáles son los mitos, ritos y epistemes de los diferentes miembros del sistema familiar con respecto al VIH?
3 ENCUESTRO	Tercera sesión participó el investigador/interventor y su equipo terapéutico; en el que se trabajarán los temas de las matrices como son crisis, estrategias de afrontamiento.	Sistema terapéutico y sistema familiar	¿Qué ha significado para la familia contar con un miembro con el diagnóstico?
4 ENCUESTRO	Cuarta sesión se llevó a cabo entre el investigador y el psicólogo que le colaboro en el proceso de desarrollo de la investigación teniendo en cuenta los procesos comunicacionales de la familia.	Investigador psicólogo y familia	– ¿Qué nuevas formas de organización se han construido frente a la vida y el cuidado?
REFLEXIONES ACERCA DE LA TERAPIA, APORTES DEL TERAPEUTA AL SISTEMA FAMILIAR	Se desarrolló una Quinta sesión donde se tuvieron en cuenta las impresiones del equipo terapéutico y se hizo en forma de equipo reflexivo con los miembros del sistema familiar presentes.	Sistema terapéutico y sistema familiar	¿Que nuevas comprensiones existen sobre la crisis y el diagnóstico, a propósito del proceso terapéutico?
CONSIDERACIONES	Se le presentaran a los integrantes del sistema familiar los resultados de la	Sistema terapéutico y sistema familiar.	¿De qué forma la devolución de los resultados, permite ritualizar

investigación/intervención.	recursos familiares para afrontar la crisis?
-----------------------------	--

Fuente: autor

La investigación/intervención se llevó a cabo en la consulta con el equipo terapéutico y el sistema familiar. Se desarrolló a partir de una serie de preguntas que se hicieron teniendo en cuenta el objetivo general, el fenómeno, las preguntas tanto de investigación como de intervención y las hipótesis, de esta manera se hizo en toda la aplicación del trabajo.

Se desarrolló un proceso conversacional, tanto con el consultante identificado como con los miembros del sistema familiar, es difícil encontrar sistemas familiares en los cuales más de tres integrantes del sistema sepan el diagnóstico debido a la discriminación que se da entre los mismos miembros de la familia y el integrante de esta que vive con VIH.

Con la familia se llevó a cabo una recepción la cual tendrá se tuvo en cuenta la remisión del caso por parte del especialista que facilita el estudio, el infectólogo, con su concepto desde la historia clínica.

Primera sesión: se llevó a cabo en la habitación del paciente después de haber conocido la interconsulta hecho por el especialista y en donde se indaga acerca de la situación actual del paciente y sus necesidades con respecto a lo que está sucediendo. Se realizó una entrevista reflexiva alrededor de lo que ha sucedido con el VIH, se realizan dos escenas, en la primera se desarrolla el dialogo entre el paciente y el terapeuta acerca del conocimiento mutuo y el motivo del paciente como consultante teniendo en cuenta la infección. La segunda escena se lleva a cabo teniendo en cuenta a los miembros del sistema familiar que conocen el diagnóstico.

En este escenario se trabajará alrededor de los operadores temporo espaciales del vínculo y la manera como se han llevado a cabo las primeras movilizaciones al interior del sistema a partir de la noticia del diagnóstico en los miembros del sistema familiar.

Segunda sesión, la cual se lleva a cabo una entrevista con el sistema familiar al rededor del tema en cuestión para indagar acerca de los mitos, ritos y epistemes que puedan dar cuenta en los miembros del sistema familiar con respecto al VIH.

Tercera sesión se llevará a cabo Se llevará a cabo una entrevista en la cual participarán el investigador/interventor y su equipo terapéutico; en el que se trabajarán los temas de las matrices como son crisis, estrategias de afrontamiento, resiliencia, con el fin de determinar la manera como el sistema familiar los asume en su proceso de vida, acoplándose a vivir con alguien que vive el virus, reglas de convivencia, compromisos.

En la cuarta sesión se llevó a cabo entre el terapeuta y su equipo, una cuarta sesión de discusión con el equipo terapéutico en forma de equipo reflexivo con los miembros del sistema familiar, en el cual se analizaron los resultados de la sesión anterior impulsando al sistema familiar a solucionar sus dilemas y encontrar respuestas a estos.

Se da un último encuentro o quinta sesión en donde los miembros del sistema familiar en compañía del terapeuta, recogen sus experiencias, aprendizajes en la terapia y llevan a cabo un reconocimiento del sistema familiar por medio de un equipo reflexivo.

Para el desarrollo de la intervención se llevan a cabo una serie de escenarios con sus escenas, las cuales gracias a la ayuda de las matrices que se aplicaron se obtuvieron los resultados pretendidos para su análisis y la obtención de resultados.

La aplicación de la matriz del diseño se encuentra expuesta en el anexo N.4.

Procedimiento para la construcción de resultados

El proceso de construcción de resultados atravesó diferentes momentos, los cuales se describen en esta sección.

Inicialmente, se construye un primer guion teniendo en cuenta las sesiones descritas en la tabla 2, llamada escenas de la intervención del prediseño, pagina 74.

Sin embargo, para la aplicación de la misma se encontraron algunas inconsistencias, las cuales se ajustaron según las necesidades de la investigación, esta matriz expuesta en la Tabla 3 pagina 75, estaba incompleta y al hacer la intervención, no arrojó los resultados esperados en un principio.

Se adaptan las matrices y se desarrolla un segundo ejercicio donde se mejoró la matriz y se produjo el diseño teniendo la aplicación una nueva matriz y una modificación en el número de sesiones.

Siendo así se diseñó la Tabla 4 descrita en la página 76 llamada matriz del diseño, en la que se pretendió que la información lograda en la intervención con el sistema terapéutico tuviera una importancia mayor pues las categorías investigadas como son la crisis, las estrategias de afrontamiento y el cambio, se cruzaron con los operadores temporo espaciales del vínculo (mitos, ritos y epistemes), expuestos en la Tabla 5 descrita en las páginas 77 y 78 con el nombre de escenas de intervención del diseño.

Se tuvieron en cuenta 8 hojas de Excel para la realización y desarrollo de las matrices, en donde están los diálogos entre el consultante y el terapeuta, y los sistemas familiar y terapéutico.

Los resultados se construyeron teniendo en cuenta la información recolectada en las entrevistas y en la intervención y la información es organizada a partir de lo descrito en las matrices.

Resultados

Esta sección presenta los resultados del análisis de los escenarios realizados, los cuales se organizaron a través de los conceptos metodológicos que guían este trabajo. Es importante tener en cuenta que cada texto extraído de la matriz, tendrá un código que expresará de donde ha sido sacado así: H. Hoja #; Esc. Escenario #; M, R, E según si es mito, rito o episteme y la inicial del nombre sea el actor que participe.

Inicialmente se presenta a modo de contextualización una descripción del caso y posteriormente el análisis se realiza para cada una de las sesiones a luz de las categorías propiamente dichas.

Descripción General del caso

El consultante (H) tiene 27 años al momento de ingreso a la IPS, de Bogotá, actualmente trabaja en el negocio de la familia, que es una panadería, estudio Bachillerato, actualmente no estudia.

El sistema conyugal está formado por el padre quién se llaman H H y tiene 54 años de edad, se desempeña como comerciante y trabaja independiente. En la actualidad cuenta con un negocio familiar que es una pastelería y una panadería, en la cual cada uno tiene una labor que hacer. La madre, se llama N y tiene 53 años de edad, está dedicada al hogar y a la pastelería, y refiere que “ha podido trabajar mucho para sacar adelante a sus hijos y a su esposo”. Los padres llevan 35 años de casados.

Su sistema fraterno cuenta con dos hermanos mayores que él. Su hermana mayor se llama A M y tiene 33 años, está casada con J F y tienen un hijo que se llama J P, actualmente el PI vive con ellos. Su hermano se llama I D, tiene 32 años y está casado con M F.

Los padres, durante el tiempo del estudio se enteraron del diagnóstico VIH de su hijo, por tanto, se contó con su presencia en el proceso psicoterapéutico dado que estaban en el contexto clínico durante los días de hospitalización. Este sistema familiar se caracteriza por la cohesión y por mantener relaciones de ayuda entre ellos, a partir del diagnóstico se denoto apoyo constante hacia el miembro que vive con la infección.

Figura 3. Genograma del consultante identificado.

Escenario 1. El diagnostico, un pretexto para el cuidado fraternal.

En este primer escenario se presenta el dialogo entre el terapeuta y el consultante, donde se indaga acerca de la enfermedad y la manera como se enteró, de igual manera, como ha sido su experiencia de estar viviendo con ella. Aunque denota tranquilidad al relatar lo que comenzó a suceder en su vida, manifiesta preocupación a través de su relato, por una razón importante y es el temor de sentir algún tipo de rechazo por parte de su familia. H refiere que antes de contarle a su familia debía estar preparado para cualquier decisión que tomara esta con respecto al diagnóstico y a la manera como lo iba afrontar, queriendo tener un proceso de aceptación favorable, que permitiera la convivencia con los de su familia.

El consultante, según su propio relato, asume el primer mes de su diagnóstico con “tranquilidad y prudencia”, sabiendo que tiene que dejar muchas cosas y actitudes de su vida si quiere superar este impasse de salud. La manera como se ritualizan las relaciones entre los miembros del subsistema fraterno es el respeto, el amor, el dialogo y el apoyo que se manifiestan de manera mutua cada uno de estos.

Cuenta el consultante que su hermana ha estado pendiente de él durante todo el tiempo, lo cual le ha podido dar mucha seguridad en la toma de sus decisiones personales, niega la posibilidad de haber esperado la enfermedad y cuando el resultado fue positivo manifiesta aparecer un momento de crisis.

“...bueno creo que no fue nada fácil porque, aunque lo había pensado no lo había asumido como una posibilidad, entonces entre en una crisis en la que me costaba pensar que debía pasar de ahí en adelante, pero esa crisis me duro esa tarde de los resultados, no estaba solo, estaba acompañado con mi

hermana que siempre ha estado en todo momento acompañándome, y creo que ha sido quien me ha ayudado a cargar con esto” (H1; ESC1; M10B; M)

El consultante relata la manera como ha vivido con la infección y refiere algunos cambios en su estilo de vida que debe adaptar en su cotidianidad para poder vivir con calidad su tratamiento. La “compañía” y cuidado familiar, aparece visible como un relato que favorece el proceso y que genera en el consultante sensación de tranquilidad.

Se lleva a cabo la entrevista entre el consultante y el investigador, donde este último tiene la posibilidad de comprender la historia del diagnóstico reconociendo cuando y quienes se enteraron del mismo. Para ese momento los miembros del sistema familiar que conocen el diagnóstico son el consultante y su hermana, pues es ella quien se ha apersonado de la situación de su hermano, la dinámica familiar que se lleva a cabo entre los dos integrantes de la familia es de intimidad y diálogo, la cual al parecer está manifestada a través de una agenda oculta sobre ciertos secretos familiares que los dos manejan. La relación en este sistema es adecuada para cada uno de sus miembros a tal punto que ella, ha ofrecido cuidar a su hermano dándole la oportunidad de vivir en su casa, con su hijo y esposo.

El diagnóstico es una noticia esperada, es decir de alguna manera H, ya venía pensando en la posibilidad de haber contraído la enfermedad, pero estaba en “negación”, es decir, no se imaginaba que tan cierto podría ser este asunto; sin embargo, era también desconocida, por los dos actores, H y AM, los hermanos que hasta ese momento estaban pendientes de lo que pudiera suceder con los resultados de los exámenes. Además, la información y contenido de estos logra mantener en expectativa a los dos miembros del sistema familiar antes de su confirmación.

La dinámica familiar en el subsistema fraterno denota una alianza entre los miembros del sistema, la cual permite movimientos vinculares que refuerzan las ideas de seguridad en cada uno de los individuos, esto se evidencia, en la urgencia de que el tercer miembro del sistema se entere de la noticia acerca del diagnóstico. La actitud que toma este denota la confianza existente en el interior del sistema, pero también los recursos con los que cuentan los hermanos y que ponen en práctica en los momentos críticos de la familia.

Existe un temor predominante en el ambiente familiar, al pensar, en la manera como quieren que el resto del sistema familiar se involucren en la situación por la que están pasando.

El investigador, que asume el rol de interventor, como terapeuta, establece una relación de confianza con los miembros del sistema, explorando desde la curiosidad y pregunta reflexiva, los mitos que maneja cada uno de los miembros con respecto al síntoma.

Los miembros del sistema familiar que se enteran asumen una posición de protección para con H, al ver el estado de “indefensión” en el que se encuentra por la enfermedad que presenta y tienden a buscar a buscar los medios de protección más adecuados para sacar adelante los procesos afectivos de su hermano.

Existen situaciones de cambio en la familia y en sus integrantes ante la enfermedad, que permiten comprender la dinámica familiar, girando alrededor del diagnóstico. En los relatos, se encuentran versiones de frustración de H, que se evidencian en la manera de pensar y hablar acerca de la enfermedad, pues no la espero.

H: si mis hermanos que son los que salieron saben, ellos me han ido acompañando en el proceso, aunque mi hermano se enteró hace poco, somos muy unidos y nos apoyamos en todo, pero mi hermana supo desde el principio

y es la que me cuida, vivo con ella en su casa y con su familia. Mis padres saben, pero no conocen mucho de la infección entonces están muy preocupados. (H1; ESC1; C10; R)

Sin embargo, es un sistema familiar que tiene una característica especial que se enmarca en la manera cómo afrontan sus dilemas, y como los solucionan por medio de la relación entre los miembros. El subsistema fraterno está consolidado a tal punto que en el momento del diagnóstico se enteran dos de los hermanos y poco tiempo después el tercero. Los tres miembros de este al enterarse, buscan el fortalecimiento de los unos con los otros.

Entre las situaciones críticas de H, con respecto al diagnóstico está el miedo al rechazo incluso de su familia, pues apenas recibió el diagnóstico solo tenía a su hermana, esta situación permitió fortalecer los vínculos entre los hermanos, sin embargo, ella expresa que “no podía vivir con tranquilidad ante la noticia y el hecho de tener cuidar sola a H”. Lo cual conlleva a la movilización que le permitió fortalecer el subsistema, razón por la cual le cuentan a su hermano.

H, en este primer encuentro, expresa de diferentes formas, estar en una crisis, es una fase de desajuste consigo mismo y con la vida, ante el diagnóstico. Se “está haciendo a la idea” de este, mientras trata de entender el porqué de su situación actual. Los vínculos familiares se fortalecen en los periodos de crisis, mediante el diálogo y el acompañamiento que se da entre los miembros del sistema familiar.

Su historia con la enfermedad es algo confuso para él debido a que su relato es paradójico. Por un lado, refiere que no lo sospecho nunca, y pensaba que no podría pasarle nunca. Pero, por otro lado, relata que pensaba de vez en cuando quien podría contagiarlo, y se lamentaba del no cuidarse lo suficiente, estando en riesgo constante de contagio.

Sus epistemes acerca de la enfermedad lo llevaban a pensar que era una situación sin cura y que lo ponía de cara a la posibilidad de morir. Sin embargo, a través de las epistemes profesionales se comprende que es una enfermedad terminal, lo cual cambio al comprender que, aunque no hay cura, puede ser tratada y manejando buscando la buena calidad de vida para el que vive con la infección, si el paciente asume una vida de cambio de hábitos puede sacar adelante su proceso.

Se generan, desde el principio una serie de mitos con respecto a la enfermedad, que de alguna manera se ven reflejados en los ritos del consultante y su sistema familiar. Los mitos, en esta parte de la sesión van asociados a la enfermedad y a la posibilidad de hospitalización que da la enfermedad, sin embargo, es preciso decir que la infección y las consecuencias de esta, como son el hecho de presentar síntomas, o el mismo hecho de creer fácil el contagio, por la situación del consultante para el consultante son de vital importancia.

La crisis en el consultante denota tristeza y angustia debido muchas veces al desconocimiento que existe. El consultante es capaz de hacer conciencia con respecto a lo que le sucede, de la necesidad de contar con su sistema familiar, a diferencia de otros pacientes que no lo permiten.

Con respecto a las epistemes podemos observar que la familia, mantiene una pauta en la cual los pensamientos acerca de la familia son realmente importantes, las demostraciones de afecto se dan a través del subsistema fraterno, el cual al parecer tiene unas reglas particulares de funcionamiento al interés del sistema donde lo que prima es el respeto y el acompañamiento que se hace visible por medio de la afectividad para cada uno de los miembros del sistema.

Escenario 2. Mitos familiares sobre la enfermedad/salud.

Después de haber tenido el primer encuentro con H; se desarrolla un primer encuentro entre el consultante, sus hermanos y el terapeuta, después de conocer el diagnóstico.

El consultante entre los tiempos pactados para las entrevistas formales, grabadas, tiene diferentes encuentros con el investigador, quien va conversando sobre las relaciones entre los diferentes miembros del sistema familiar de esta manera el consultante comienza a adquirir la confianza necesaria, es decir, a lo largo de las conversaciones entre el terapeuta y el consultante, H ha podido contarle acerca de su vida, sus intereses, su familia, sus sueños y aspiraciones, y sobre todo lo que para él es importante en este proceso de vida, además ha podido contar con el apoyo necesario para contar su situación a los diferentes miembros de la familia. Hasta este momento se han unido al diálogo los dos hermanos, y H.

Es importante resaltar los recursos familiares existentes en estos hermanos de igual manera, los vínculos entre los miembros del sistema familiar se van fortaleciendo con el paso de los días, las movilizaciones al interior del sistema, bajo la intervención del terapeuta, permiten observar que existe un interés por aprender a sobrellevar la enfermedad, pero sobre todo para sobrevivir a ella en familia.

“Solo tenía el apoyo de mi hermana, y las dificultades emocionales al pensar que me rechazarían quienes conocieran del diagnóstico me tenían intranquilo. No me fijó mucho en lo que los demás piensan, sin embargo, en este caso es distinto por lo que he tenido que comenzar a partir del diagnóstico y más que eso desde la sospecha del diagnóstico, así uno no quiera los pensamientos le ganan a uno al pensar y creer que los demás me rechazarán. ha sido de gran ayuda para mi poder contar con la ayuda suya

doctor, porque me ha permitido contar mi historia sin sentirme atacado, ni enjuiciado por lo que no hice bien” (H1; ESC1; D14; E)

En el proceso terapéutico, se logra visibilizar que los miembros del sistema familiar comparten una complicidad con H, permitiendo guardar el secreto ante los demás, comienza a aparecer una serie de estrategias familiares como son la reestructuración, la búsqueda de apoyo social y la movilización familiar, que se van adoptando para enfrentar la situación de la familia, y lograr las movilizaciones pertinentes para los miembros del sistema.

Los diferentes miembros del sistema familiar desarrollan situaciones relacionales que les permiten sentirse parte del sistema y fortalecerse con las experiencias de los demás, se permiten poner límites y respetarse valorando la armonía con la que viven su experiencia familiar. En esta parte del proceso terapéutico se muestra un sistema familiar en el que los padres, se enteran del diagnóstico y comienzan un proceso de aceptación en el que se valen de los recursos familiares, para que esto funcione, también algunas estrategias de afrontamiento entran en juego como la movilización familiar en torno al síntoma, lo cual le permite a los miembros del sistema tomar una posición ante la enfermedad y proveer de seguridad a quien la padece.

En la misma línea de acción se puede ver como los miembros del sistema fraterno deciden llevar a cabo un proceso de reestructuración (otra de las estrategias de afrontamiento) en donde redefinen la enfermedad y lo que entienden de esta, con el fin de contarle a sus padres los que está sucediendo, con la ayuda del terapeuta. Surgen emociones en los miembros del sistema que permiten la movilización de los vínculos estrechándolos, a partir del conocimiento de la infección y la puesta sobre la mesa de aquellos dilemas que esta produce. Las manifestaciones de tristeza e inseguridad acompañan los relatos de los miembros del sistema familiar, a medida que se van enterando del diagnóstico, sin embargo los invita a pensar en la unión que han logrado

cuando alguno de los integrantes del sistema están enfermos, esta tristeza hace que cada uno se sienta vinculado a la familia y se mueva bajo la idea de la unión hace la fuerza, lo cual permite que algunos recursos como es el apoyo familiar que los impulsa a sacar las cosas adelante y animarse unos a otros se hagan visibles.

Alrededor de la enfermedad existieron muchas epistemes, pensamientos que no se entendían con claridad, habían tenido la posibilidad de escuchar relatos de terceros, e incluso investigar acerca del tema y no conocer en profundidad la experiencia e investigación de un profesional de la salud que los pudiera guiar en este tema, habían surgido varios mitos que habían aparecido desde antes de ser informado del diagnóstico, y con la aparición del diagnóstico llegó también el temor de no conocer mayor cosa sobre el VIH, uno de los mitos más comunes y adoptados por el desconocimiento es que la enfermedad es tipo terminal y las personas que tengan esta, “morirán sin poder hacer nada”.

“Que creían del VIH? Teníamos muchas creencias entre esas que era una enfermedad no un virus; además que era una enfermedad terminal y que iba a acabar con su vida y de paso con la vida de la familia”. (H2; ESC1; B14; M)

Bajo este mito se dan también algunas reacciones o formas de comportarse, que podrían ser entendidas, como formas relacionales para evitar dolores a nivel familiar, así con el tiempo sea inevitable contar al resto del sistema familiar.

“Alrededor de la enfermedad hicieron algo? ¿Es decir, tomaron algún comportamiento diferente al que normalmente tienen? Creo que el solo hecho de evitar hablarlo con la familia, evitar que se le fuera a salir algún comentario a H, con mis papás o con mi hermano,

la idea de tener el secreto nos animó a actuar de manera diferente con los demás. Al darte cuenta de la enfermedad te comienzas a hacer muchas preguntas y nace la necesidad de investigar y de descubrir cómo es la enfermedad y la manera como uno se puede cuidar”.

(H2; ESC1; C14; R)

Aunque existe la intención de informar al sistema familiar lo que sucede y afrontarlo en familia, aún existen dudas acerca de la manera como la familia puede reaccionar con respecto a lo que sucede, aunque el apoyo ha sido incondicional por parte de los hermanos, no saben cómo puede reaccionar el resto del sistema familiar ante el diagnóstico y la desconocida infección.

Los hermanos cuentan con el apoyo entre ellos al asumir el diagnóstico conocido, comienzan a hablar de la enfermedad y a conocer acerca de esta, lo cual les da tranquilidad en cuanto al manejo que deben tener, redefinen lo que piensan de la enfermedad, lo cual les permite además comenzar a pensar en la posibilidad de contar con el resto del sistema familiar, el sub sistema fraterno se moviliza ante la enfermedad teniendo la oportunidad de asumir un nuevo ritual de afrontamiento contando a los padres lo que sucede con H, es importante notar que hay una serie de estrategias que maneja este grupo familiar, que han ido adquiriendo con la experiencia a lo largo de su historia familiar.

H, comienza adquirir actitudes de cambio ante la capacidad de comenzar a manejar su independencia proponiendo nuevas reglas familiares y asumiendo a su vez nuevos compromisos. La decisión de contarle a los padres ayuda a los hermanos a adquirir más seguridad, en buscar la consolidación del sistema.

Escenario 3. Agendas ocultas, al revelado.

En el primer contacto con los padres se comienzan a revelar varios secretos de la familia, respecto de sus temores relacionados con la enfermedad. Los pensamientos y creencias acerca de la infección, movilizan a la familia a actuar de una manera diferente con quien vive la enfermedad, brindándole el apoyo que necesita, buscando estrategias de cambio, evitando mantener la pauta de crisis ante la infección. Aquí encontramos un sistema familiar fortalecido en el que uno de los miembros de sus subsistemas necesita apoyo en ese proceso de crisis familiar. Los padres de H se enteran de la enfermedad, las concepciones de la enfermedad en un principio no son claras, es decir que hasta ese momento no se han podido enterar por parte de un profesional de la salud de lo que significa el VIH; y se dejan llevar por los mitos que de alguna manera son contruidos por las ideas sociales acerca de esta. Sin embargo, el resto de la familia presenta una disposición diferente para con estas ideas.

Los padres de H sienten el apoyo de sus hijos en esta situación de crisis, y permiten una revaloración del síntoma que al parecer está permitiendo movilizaciones al interior del sistema familiar. Las expresiones de afecto a nivel dialogal permite que la comunicación entre los miembros de la familia fluya. Los hermanos buscan dirigirse al cambio familiar mediante la intervención del terapeuta, y el reconocimiento de los recursos existentes, como el fortalecimiento de los vínculos entre los miembros del sistema familiar.

H por la interacción con algunos amigos y sus investigaciones previas ha ido tejiendo una serie de mitos alrededor de la infección, los cuales le han hecho entenderla como una enfermedad terminal, la cual crea ansiedad, que se manifiesta en sus actitudes personales y que pueden desfavorecer las relaciones familiares.

Para sus padres la noticia del diagnóstico crea tensiones que no existían, debido a los mitos que crean, partiendo del desconocimiento acerca de la enfermedad, las ideas que tienen del VIH son muy vagas adquiridas según su relato por lo que dice la gente, las ideas populares, el investigador concluye que los padres sienten miedo ante lo que está viviendo su hijo y piensan que la enfermedad se los puede quitar, este temor producto del desconocimiento puede ser normal.

“HH: si ha sido difícil entender lo de la enfermedad porque creo que es una enfermedad muy contagiosa pero además es muy peligrosa por todo lo que he escuchado que dice la gente acerca de ella creo que es una enfermedad que se puede llevar por rápido nuestro hijo y no sabemos cómo manejar esa enfermedad porque desconocemos mucho de las cosas que dicen acerca de ella, como se manifiesta, no conocemos la realidad sea dicha lo que es la enfermedad.H3; ESC2; B11; M

LC: le tengo miedo y mucho respeto a la enfermedad porque he visto que casi ninguna de las personas que lo han tenido se han salvado porque no hay una cura para la enfermedad me gustaría saber mucho para saber qué cuidados puedo tener conmigo y para cómo le puedo ayudar de aquí en adelante a manejar esta enfermedad y como nosotros podemos participar de todo lo que requiera nuestro hijo”. (H3; ESC2; C12; R)

Sin embargo existe la confianza por parte de sus hijos, quienes están dispuestos a afrontar la enfermedad de H, y acompañar a sus padres, en este procesos de ajuste que están viviendo, AM la hija mayor ha conociendo de la enfermedad por medio de lecturas, pues ha tenido tiempo de

investigar y preguntar a los médicos por todo lo referente al tratamiento, el apoyo familiar y la intervención del terapeuta permiten la movilización familiar hacia nuevas rutas de vida, dirigidas a la aceptación de lo que creen desconocer.

Su hermano se apoya en lo que dice AM, y asume una postura de cambio ante la crisis, que ayuda al sistema a moverse superando el diagnóstico.

“Yo pensaba que era una enfermedad mortal porque durante mucho tiempo hemos escuchado hablar que el VIH hace sus daños en las personas y las personas que viven con VIH no pueden sacar adelante sus vidas ahora me doy cuenta que es diferente como también veo que es diferente todo este tema del contagio y las formas de contagiarse creo que si la gente conociera un poco más acerca de las formas de contagio y todo lo que usted nos ha ido enseñando en estos días de lo de promoción y prevención la gente podría conocer bien del virus y rompería con tanta discriminación. Ahora creo que tenemos la forma de ayudar a H a sacar adelante muchos procesos de vida que tenemos pendientes y vamos a ver cómo sacamos adelante eso en compañía de la familia”. (H3; ESC2; B14; R)

Id relata que tiene una idea diferente de la enfermedad, que puede ayudar a su familia a resignificar esta, se ha documentado y le ha interesado la mejor manera de ayudar a su hermano a vivir este proceso, le interesa la promoción y prevención de la que el terapeuta les ha hablado pues les ha dado luces para ir superando los momentos de crisis. Considera también que es importante dejar de pensar que la enfermedad va a ser algo implacable, imposible de manejar, es

importante conocerla y aprender a convivir con ella, con los cambios necesarios que se deban asumir.

Al iniciar la sesión en esta segunda escena se llevó a cabo una asesoría en promoción y prevención en VIH, donde se explican todos los por menores de la infección y la manera de prevenirlo y manejarlo. La familia estuvo abierta a recibir la información y aprender acerca de todo lo que se les dijo, quedaron conformes a seguir adelante con el proceso de aprendizaje.

Las ideas conforme a la enfermedad después de la asesoría cambiaron, muchas ideas falsas que existían comenzaron a desaparecer y la explicación deja tranquilos a los miembros del sistema familiar, la familia lleva a cabo ciertas movilizaciones que le han servido para reacomodarse a un nuevo estilo de vida.

La familia descubre que tiene recursos grandes con los que puede contar, los cuales son connotados por el terapeuta como forma de poner en escena otras versiones sobre ellos mismos. Por ejemplo, se trabaja sobre las ideas de los cambios que el consultante está decidido a tener, de ahora en adelante en compañía de su familia, la postura de trabajo conjunto y la ayuda mutua, para conseguir lo que necesitan.

Es una familia que tiene la facilidad de hablar y compartir sus experiencias, está viviendo un proceso de consolidación en el que tienen la posibilidad de demostrarse afectivamente lo que sienten. Se comienzan a tener nuevas ideas acerca de la infección, debido al conocimiento de los padres acerca de la enfermedad, se lleva a cabo un proceso de reestructuración con respecto al concepto de la enfermedad, debido la explicación que reciben del terapeuta, al entender la situación real de la enfermedad, pasa el temor por parte de los padres y demás familiares, se buscan nuevos acuerdos familiares para el manejo de la enfermedad, estos acuerdos se reflejan

en el comportamiento de los miembros del sistema en forma de ritos, que traen un significado para cada miembro del sistema.

La familia comienza a adquirir una forma de actuar nueva ante las dificultades de la enfermedad, pero con nuevas esperanzas ante el futuro, lo que hace unos días era inmanejable como la impotencia de no poder hacer nada ante la enfermedad por el desconocimiento de la misma, comienza a entenderse desde otra perspectiva aceptando el problema y sacando soluciones productivas para los miembros.

H, con el apoyo de sus padres y hermanos, quiere adoptar una actitud distinta, y lo manifiesta a su familia, sabe que sus decisiones conllevan un cambio de conductas y pensamientos, pero también una serie consecuencias de las cuales él es responsable. Su hermana consciente del problema existente, confirma el hecho de seguir pendiente de las necesidades de su hermano y hacerse responsable de él en su casa, brindándole la seguridad que necesite, y respaldándolo en los momentos difíciles que tenga que vivir. Existe una pauta de tranquilidad en los miembros de la familia, después de recibir la asesoría y entender que si es posible sacar adelante su vida.

Escenario 4. La Enfermedad, un pretexto para construir familia.

El proceso psicoterapéutico, permite a través de la conversación reflexiva, develar que el sistema familiar cuenta con grandes recursos con los que puede contar en este momento de crisis. como los cambios que el consultante ha decidido tener, de ahora en adelante en compañía de su familia. Los miembros del sistema familiar deben trabajar juntos y ayudarse mutuamente para conseguir lo que necesitan, es una familia que tiene la facilidad de hablar y compartir sus experiencias, está experimentando un proceso de consolidación en el que tienen la posibilidad de demostrarse afectivamente lo que sienten.

La familia lleva a cabo un proceso de reestructuración desde las estrategias de afrontamiento descrito por Hernández (2009) con respecto a la idea de la enfermedad lo cual le ayuda a comenzar a adaptarse, esta adaptación les invita a reconocer recursos como el respeto mutuo, la tolerancia y el dialogo que se vuelve enriquecedor en el sistema familiar al poder utilizarlos. Esta reestructuración se ve reflejada en la tranquilidad relatada por el padre de H, después de haber recibido la asesoría en VIH.

A lo largo de este escenario se puede observar un sistema familiar que se va adaptando a una nueva forma de vida la cual se manifiesta en ciertos relatos acerca de sus mitos personales con respecto a la enfermedad. El sistema terapéutico comienza un proceso de consolidación organizándose alrededor de la solución del problema y la necesidad de obtener una mejor calidad de vida. Existen nuevas reglas, así como también nuevos cambios, es importante que H, deje algunos hábitos que no son buenos para su salud, a los que manifiesta que los está cambiando. Es posible que exista una agenda oculta en el sistema familiar, que aún no ha conocido el terapeuta y que en los siguientes escenarios se puede desenmascarar.

En el segundo momento, se hace referencia de algunos de los ritos de la familia, en cuanto a una de las actividades o comportamientos del consultante, conocido por la terapeuta que hace parte de esta intervención en colaboración del investigador; existen ciertos rituales que da la impresión que el H, tiene aun conociendo muy bien su diagnóstico y teniendo en cuenta lo que sus médicos le dicen. Hay algunos acuerdos familiares que no se cumplen, en el sistema, como la disposición al cambio que deben tener sus miembros en especial el consultante, con la experiencia de vida, que está teniendo. Comienzan a aparecer también las diferentes estrategias de afrontamiento que el paciente enfrenta al lado de su familia y que le permite reconocer algunos de los recursos con los que cuentan los miembros del sistema familiar. Da la impresión

de que en esta parte de la terapia, el consultante maneja unos ritos que reflejan sus mitos con respecto a la enfermedad, contrarios a los del común de la gente, no relaciona pautas de cuidado con calidad de vida, evita tener cuidados con respecto a su salud personal, incluso evita en ocasiones que los miembros de su familia, lo acompañen en sus procesos de cuidado; la psicoterapeuta, comienza a indagar los comportamientos de H y descubre que hay algunos que no están bien, es decir que hay momentos en que hace caso de lo que le dice su médico tratante, e ignora lo que los demás miembros del equipo le proponen. Se ha presentado una situación en la cual ha tomado alcohol mientras está en tratamiento en su parte de adherencia, tiende a mezclar los medicamentos con las bebidas, se le llama la atención acerca de lo que debe hacer y cómo debe mejorar su actitud ante la vida.

El proceso conversacional, denota algunos ritos importantes fruto de los mitos acerca de lo que el consultante cree de su enfermedad, aunque la familia refleja un estado de crisis que es continuo, busca una serie de argumentos propios para salir delante de esta, superar la situación compleja que viven y afrontar lo que les espera. Existen algunas situaciones de cambio propuestas por los terapeutas y la misma familia.

Se hace manifiesta una búsqueda de apoyo familiar, que le permite al sistema consolidarse, ante la situación sintomática que los convoca. H resignifica los asuntos problemáticos de su diagnóstico y aunque ha fallado en sus conductas, tiene la opción de comprometerse a mejorar en su recuperación lo cual le permite dirigirse al cambio.

Se trató durante el escenario y la sesión un caso en la vida de H, en coparticipación de su familia, se pudieron observar varias situaciones importantes, que se podrán analizar seguidamente.

Comienza la sesión indagando la DRA M acerca de la manera como el consultante, ha podido sobrellevar su situación post diagnóstico, el consultante responde con lo que piensa y según lo manifiesta, con lo que está dispuesto a hacer por mejorar su vida. Los padres denotan tranquilidad ante el cambio de actitud de H, sabiendo que posiblemente se recupere. La doctora M, lleva un tiempo trabajando con la familia, pues el primer contacto con la familia, lo llevo a cabo ella y el médico tratante.

En la familia existen expectativas referentes a lo que puede pasar con H, en el desarrollo de sus actividades, su padre relata que ha podido ver avances, aunque comenzó a tomarse el medicamento, pero lo abandonó. La familia es consciente de los alcances que puede tener el tratamiento antirretroviral, tanto en el tiempo de adherencia al tratamiento como en el tiempo de mejoría.

Existen algunos mitos con respecto al alcohol y su consumo que H quiere proteger, para evitar dejar de consumirlo, sin embargo, la Dra M le aclara cuál es la situación real al consumir y sus implicaciones en la salud, le explica que el consumir alcohol y los medicamentos, a largo plazo puede crear situaciones alérgicas, que pueden alterar funciones orgánicas. Al respecto, la doctora propone un dialogo en el cual H, se pueda comprometer a cumplir ciertos compromisos respecto de la infección, que le permitirán sacar adelante su proceso de vida personal.

DRA M: (1) Bueno y como tomas la decisión de tomar licor después de haber comenzado el tratamiento; recuerdo es que habíamos hablado y habíamos puesto algunas pautas de conducta en las que ya estabas de acuerdo y habías dicho que si te habías comprometido para conseguir otras conductas como debían ser. Como es que tomas esa decisión cuéntame porque no entiendo porque lo hiciste. Recuerda que hablamos que podías tomar licor después de

tres meses de haber iniciado el proceso, pero o nunca en forma continua y tampoco en exceso. (H5; ESC2; C32; R)

Aunque hay acuerdos propuestos, H no los respeta no considera que sea necesario hacerlo, el considera que ha podido sacar adelante su vida solo en diferentes momentos, y quien ha puesto las reglas para que sea así ha sido él; y tiende a actuar de manera semejante en diferentes contextos. Ha tenido la posibilidad de ejercer algún tipo de manipulación en sus padres consiguiendo no solo su atención sino también permitiéndole hacer lo que quiere. Así mismo no asume sus cuidados personales con responsabilidad, lo cual puede evidenciarse ocasionando un retroceso en su proceso personal.

En la sesión de información sobre la infección se le informó de manera objetiva los posibles riesgos que podría correr ante el manejo inadecuado de los medicamentos y su mezcla con alcohol o drogas alucinógenas, a lo que H, manifestó interés en cambiar algunas conductas, teniendo en cuenta sus consecuencias. En este sentido “dar información” se convierte en un ritual médico que tiene como episteme que en la medida que el paciente identificado tiene información podrá asumir la vida diferente y cambiar hábitos. Más, sin embargo, esta episteme no concuerda con la del Paciente quien considera que los hábitos de vida no requieren cambio, a menos que se lo proponga su médico.

En el dialogo con la doctora se comienzan a notar ciertos cambios significativos a nivel de cambios en las conductas y comportamientos que pueden ser negativos, para el consultante. El investigador entiende con estos cambios que no todo puede ser positivo durante el proceso, sin embargo, se da cuenta que los avances se van dando; con respecto a H, es importante decir que sus reflexiones lo pueden llevar a mejorar su calidad de vida, por medio de su cuidado personal.

A través de las preguntas y elaboraciones reflexivas que propone el terapeuta, H reflexionar sobre sí mismo y su vida, reflejando, por un lado, que reconoce las implicaciones de sus actos y cómo estos pueden ser contrarios a la idea de cuidado de sí mismo y por otro lado, que se siente “entrampado” con responder a sus propios compromisos respecto a lo que se le puede presentar que le guste. En sus relatos refiere que ha logrado dejar algunos “vicios como el cigarrillo y el alcohol”, pero su compromiso no parece ser permanente, se expone a la recaída continua, sus padres utilizan la episteme medica como argumento para alertar de una recaída posterior.

Al parecer hay alguna alianza estratégica, entre los miembros del sistema que permiten la permanencia del síntoma, aunque “luchan por superar” el dilema que este les provoca. Ante ello, el investigador desde sus epistemes psicológicas sistémicas desde una lectura relacional estratégica, propone:

“Ahora bien creo que si vamos a tener que hablar de ciertos compromisos a nivel familiar. A nivel personal con el paciente deberíamos hacerlo poniendo claro ciertas normas y ciertas reglas, pienso que para cada una las reglas que pongamos debemos proponer compromisos tanto del sistema familiar como del paciente debido a que es importante no desconocer la situación general y la situación vital del paciente en cuanto la enfermedad, en cuanto lo que estamos descubriendo de la enfermedad de la forma de convivir con el familiar que está pensando eso”. (H5; ESC3; D48; E)

El investigador piensa en este momento la importancia de llegar a acuerdos de tipo familiar, debido a que la familia debe romper la pauta de victimización que actualmente tiene con su hijo, para que reconozca más de sus recursos los cuales se fortalecen en su relación familiar. Se hace importante reconocer los esfuerzos que van sucediendo a lo largo de la intervención los cuales

denotan el interés de la familia, por movilizarse y tender al cambio, buscando no solo mejorar la calidad de vida de la familia, y el paciente, sino poder afrontar la situación de la familia ante el diagnóstico.

La enfermedad es un pretexto para construir en la familia un nuevo proceso que le permita a los miembros del sistema realizar cambios, es decir que esta familia, llega a consulta con una vida familiar con características propias, pero que no han llevado a cabo cambios significativos, la enfermedad los invita a dialogar en el cambio, a proponer ideas que generan movilizaciones internas y transformantes de cada uno de los miembros, que generan nuevas posturas y nuevas acciones, con compromisos hacia la trascendencia.

El proceso conversacional entre el terapeuta y cada uno de los miembros de la familia, el contacto habitual con el sistema familiar, la posibilidad de proponer nuevas reglas y asumir compromisos, el hecho de poder conocer los recursos familiares y la manera cómo manejarlos para alcanzar nuevas pautas relacionales dentro y fuera del sistema familiar, y llegar a un cambio familiar, le permitió a la familia tener la idea de un nuevo inicio.

Escenario 5. ¿H Superhéroe o víctima?

Surge una interacción del sistema familiar, alrededor de las actitudes de vida y responsabilidad del consultante, es decir, para el momento parece que la opinión que realmente cuenta para el consultante es la del médico tratante, es importante reconocer por parte de los miembros del equipo terapéutico la importancia de los diferentes profesionales, que interactúan por un mismo fin como es el seguimiento del consultante, el compromiso del sistema terapéutico va encaminado al del sistema familiar.

Existe un mito particular en H, acerca de quien lo trata, según relata el consultante el único que tiene el conocimiento adecuado para tratarlo es el médico, es importante para el equipo hacerle entender que las decisiones que tome con respecto a su salud son tan importantes que pueden afectar la dinámica de su sistema familiar.

Los demás integrantes del sistema mantienen una pauta ritual de acompañamiento y llaman la atención de la doctora con respecto a la retroalimentación positiva que sería bueno llevar a cabo con el consultante, lo cual podría de alguna manera ser positivo para el tratamiento.

Para el padre es importante, que H sea “consciente” de lo que realmente pasa. Se le invita a manifestar su situación personal siempre que sea pertinente hacerlo, y permitir que esas condiciones rituales de sus comportamientos, mejore a diario con el fin de permitir el progreso para el sistema.

Hay una valoración que es importante tener en cuenta y es que el dialogo entre los miembros del sistema familiar ha permitido que el consultante adquiriera rituales favorables para el cuidado personal. Se hace lo posible por despejar las dudas que el consultante tiene con el tratamiento de su enfermedad, para poderla tratar mejor, se aclara la manera como el medicamento actúa y la forma como debe ser tomado, se dan las pautas de conducta indispensables para que las cosas funcionen así:

“yo pensaría como Te he dicho en algún momento que de aquí en adelante vas a tener que ser muy juicioso con respecto tu cuidado es decir vas a tener que llevar a cabo los tres pautas que te digan... esa son primero descansar las horas suficientes segundo comer muy bien y no exponerte el frío buenos cambios de temperatura y tercero no ingerir ni una gota de alcohol pues considero que es importante y te

sugeriría que nos próximos días meses no lo hagas tal vez por el hecho de queremos esperar a que la carga viral baje lo suficiente como para que los linfocitos suban lo que es debido y podamos ver unos buenos resultados con respecto al tratamiento que estás recibiendo creo que es lo que te debes exigir”. (H6; ESC5; D12; E)

La manera como lo asume el consultante daría cuenta de las estrategias que utiliza el este para afrontar su situación personal, familiar, y de salud, el apoyo social en este caso evidente en la familia, le permite a H, llevar procesos de resignificación tanto de la enfermedad como del momento de cambios en su vida familiar, personal y social. Sus hermanos y su contexto familiar reconocen los esfuerzos grandes que ha podido hacer en cuanto al cambio que deben lograr, recuerdan que llevo un ritmo de vida difícil, que hace pensar lo complicado que ha sido cambiar.

El cambio de pensamiento con respecto a la enfermedad le da un sentido nuevo a su vida, pasar de creer que tiene una enfermedad terminal, a entender que tiene una enfermedad crónica, le invita al cambio, para mejorar. H se hace consciente de los cambios significativos que debe tener en su vida manifiesta de manera categórica que quiere vivir y está dispuesto a llevar a cabo los cambios necesarios para alcanzar este fin en su vida.

“DRA M: hay dos extremos que te pueden hacer mucho daño y uno se refiere a ser la víctima, el que no quiere vivir y tampoco superarse a si mismo, el que no quiere vivir y tampoco sacar adelante su vida, el que se siente derrotado con la enfermedad y otro extremo que es el de sentirse el superhombre, el que todo lo puede hacer y puede alcanzar todo lo que se proponga solo y sin ayuda de nadie. Entonces uno no puede andar mostrándole a la gente oiga compadézcame, porque es el peor sentimiento que

pueda inspirar, siempre has sido una persona excesivamente fuerte y eres una persona que puede inspirar a otras por su forma de ser y de vivir esa realidad que estás viviendo, eres la persona que puede sacar adelante su vida y vencer todos los obstáculos”. (H6; ESC5; C35; R)

Por parte de los dos terapeutas se hace un reconocimiento al esfuerzo que hace H, con respecto a los cambios significativos de su vida. Tiene la posibilidad de victimizarse o de sentirse un superhombre, estos son dos extremos que le pueden favorecer o hacer daño en su vida. Tiene grandes posibilidades en su vida, sus rituales de vida denotan una trascendencia que le ayudarían a sacar adelante su proceso personal y su proyecto de vida.

En la escena dos de este encuentro, el sistema familiar denota mayor tranquilidad, los mitos han tenido un cambio grande con respecto a los primeros debido a que estos y permiten al sistema y sus integrantes crear movilizaciones perdurables en el tiempo, sus rituales familiares se verán afectados de manera muy positiva en cuanto a las posibilidades que tienen los miembros de sacar adelante sus situaciones familiares por medio del dialogo, la oportunidad de compartir espacios, la posibilidad de hablar abiertamente del síntoma familiar que moviliza en este caso la enfermedad. Se percibe que los integrantes de la familia han ido avanzando en el tema de la confianza, si a principio se veía un sistema familiar en el que los hermanos y los padres no compartían muchas cosas juntos, para este momento gracias a la participación de un tercero en terapia, que de alguna manera se ha ido incluyendo en la dinámica familiar como le es el terapeuta.

El sistema terapéutico hace avances en cuanto la integración con el sistema familiar, haciendo movilizaciones internas en cada uno de los terapeutas, tanto en el investigador, como en la terapeuta que lo acompaña en esta parte de la intervención. Los procesos autorreferenciales del

investigador le han permitido no solo entender la dinámica familiar, sino involucrarse con los miembros, pues ha podido experimentar la cercanía necesaria para que la terapia llegue a sus objetivos partiendo de la confianza con cada uno de los miembros del sistema.

Ps: Ustedes saben porque en algún momento les comenté acerca de mi enfermedad, y en estos momentos puedo ver que la angustia y el miedo si se puede decir son factores muy comunes, en los procesos de enfermedad, más cuando entramos en un proceso crónico, y sabemos que de los resultados que demos por nuestro compromiso, depende que podamos superar las diferentes situaciones de enfermedad que pasamos.

Dra M: yo considero importante decir que el grado de confianza que ustedes han logrado tener con nosotros les ha permitido lograr alcanzar los objetivos que se han propuesto y nos han permitido compartir con ustedes nuestras experiencias profesionales y de vida alcanzando cambios que les permitan seguir adelante. (H7; ECS2; C54; R)

Las opciones de cambio son favorables para el sistema familiar en estos momentos debido a que sus epistemes se racionalizan de una manera más adecuada, a partir de la información recibida por parte de los terapeutas. La claridad en los conceptos por parte de los terapeutas, el dialogo fluido entre los dos sistemas, familiar y terapéutico, el dialogo con los diferentes actores, permiten la movilización vincular dentro del sistema familiar logrando en este una fase de ajuste y cambio, que al sistema familiar le permitirá asumir nuevos retos como familia.

Ante el compromiso de los familiares el consultante pide más que promesas, compañía, la dinámica familiar se mantiene con el dialogo que es constante, las reglas familiares y los nuevos

compromisos que van adquiriendo los miembros de la familia le ayudan al consultante a sacar adelante su proceso.

H: las personas que se van enterando también van siendo parte de esto, y comienzan a apoyar y a respaldar, los amigos que están cerca a la familia, la esposa de mi hermano y el esposo de mi hermana, amigos cercanos que saben, nos respaldan y ayudan. (H7; ESC2; B35; M)

Se hace referencia del interés que existe en el consultante de ir adquiriendo nuevos miembros en su red social, y son aquellas personas cercanas a la familia que de alguna forma hace parte de su sistema familiar, que se van enterando de la noticia y asumen compromisos con el consultante y el sistema familiar para actuar en colaboración de los que está sucediendo.

Escenario 6. La crisis, una posibilidad para el encuentro familiar.

En este último escenario se cierra el proceso terapéutico y se invita a todos a realizar un equipo reflexivo. En primera instancia, los terapeutas hablan sobre el proceso y la familia.

La DRA M considera que ha pasado el sistema familiar por un proceso muy interesante en el cual los miembros tienen que pasar de un periodo de crisis por conocimiento de su diagnóstico y desconocimiento de lo que significa esta enfermedad, como tal, sin embargo, reconoce que la familia tiene las posibilidades para superar la crisis en la que está. Connota positivamente a H y su familia, pues pasa del miedo que manifiesta sentir con la enfermedad, a la seguridad que tiene con su familia, después de conocer el diagnóstico.

Gracias al conocimiento adquirido a través de la intervención del terapeuta y a las nuevas comprensiones de H sobre el acompañamiento se logra la incondicionalidad de su contexto

familiar. Se movilizan mitos y se construyen nuevos ritos que con el tiempo pueden mantenerse en la dinámica familiar.

Los cambios en los cuidados que tiene H, lo invitan a desarrollar habilidades en el manejo de su vida personal evitando la exposición a aquellos agentes que le pueden hacer daño. Existen en la Dra., ideas particulares que le permiten concluir los avances del consultante en razón de su pensamiento y su actitud. El investigador propone según lo trabajado a lo largo de la intervención que hay algo de suma importancia y es la movilización que la familia ha tenido asumiendo la responsabilidad de conocer no solo el diagnóstico sino los cuidados que se deben tener. El periodo de crisis ha permitido los movimientos al interior del sistema familiar, y el reconocimiento de recursos familiares que permitan el cuidado asertivo del consultante, las estrategias de afrontamiento le han permitido a la familia, lograr acercamientos, entre sus miembros con el fin de lograr un apoyo mutuo que les permita la reestructuración de las ideas de la enfermedad y alcanzar la estabilidad del sistema.

El sistema familia ha sido receptivo al trabajo del equipo terapéutico y se ha dejado acompañar, dándole cabida al terapeuta, para desarrollar con el proceso de ajuste y afrontamiento. Dentro de los recursos importantes de la familia, está la confianza en Dios, que los moviliza a creer y tener fe en la posibilidad de sacar adelante la vida, como también está el secreto familiar y la confianza entre los miembros que ha evitado que terceros ajenos al sistema familiar se involucren en la información del diagnóstico, también podemos ver como los miembros del sistema familiar se apropiaron del problema y lo han ido tratado en familia por disposición propia.

Podemos observar para los dos terapeutas en el equipo terapéutico, como el consultante y su familia, han podido tener una experiencia de enfermedad, compleja pasando por diferentes etapas

emocionales que le permiten alcanzar una configuración de sistema familiar consolidado, ante una situación de crisis, donde existen compromisos por vivir, y reglas por aceptar, para que el funcionamiento del sistema se dé.

Las estrategias de afrontamiento permiten al sistema familiar fortalecerse y lograr una fase de ajuste y cambio, el dialogo al parecer es uno de los medios más objetivos adoptados por el sistema familiar para aprender a funcionar.

Buscando responder las preguntas orientadoras.

Con respecto a las preguntas orientadoras de investigación y el análisis de los resultados podemos hacer las siguientes interpretaciones:

Teniendo en cuenta la primera pregunta de investigación la cual hace referencia a *¿Qué dilemas emergen en la familia en ante la infección por VIH de uno de sus miembros y como dichos dilemas contribuyen a la configuración del sistema terapéutico?*, Se puede decir que en el sistema familiar a partir del diagnóstico surgen varios dilemas, los cuales se relacionan a continuación:

El primero sería el proceso de “aceptar” una enfermedad que no se espera, el no saber a quién contarle para recibir apoyo. En este caso, en este sistema familiar, cada individuo es querido y reconocido desde le rol y la historia construida en la familia, sin embargo, hay agendas ocultas que se van develando a lo largo del proceso conversacional y la terapia.

Otro de los dilemas relacionado a la enfermedad tiene que ver con la emergencia de mitos sobre la misma. El desconocimiento de la enfermedad y lo que significa vivir con ella, así como las pautas de cuidado en la infección, finalmente es otro de los dilemas que se hicieron visibles en la familia y es un dilema debido a los rituales de vida que tenía H, con respecto a sus

amistades y la manera como disfrutaba su tiempo libre, es contradictorio entender que las indicaciones médicas las comprende según su conveniencia personal y no según el bien que pueda conseguir y la mejoría que pueda lograr en términos de salud y calidad de vida.

Esta novedad para la familia, implicó ajustes a nivel emocional y familiar y sirvieron al sistema terapéutico para abrir posibilidades en el manejo emocional del sistema familiar y para sacar adelante el proceso terapéutico según los objetivos propuestos.

El segundo dilema, que no se aborda a profundidad en terapia, pero que se considera importante en este análisis, está relacionado con la identidad sexual del consultante, debido a que la infección en pacientes que viven con VIH, supone la homosexualidad. Con respecto a este tema surge la inquietud acerca de la manera como la familia ha manejado el tema si lo ha hecho y si es un dilema o un problema y para quien lo es.

La homosexualidad del consultante fue conocida por sus hermanos y manejada con respeto y cariño, nunca se reclamó, por el contrario los hermanos crearon una alianza entre ellos y lo apoyaron, con el tiempo se convirtió en dilema para los miembros del sistema familiar, que conocían el diagnóstico y la opción de género de quien vivía con la enfermedad, cuando piensan en la posibilidad de contarle a sus padres, debido a la educación que estos tenían pues pensaban en el posible rechazo que podrían llegar a sentir por H, sin embargo cuando se enteraron le brindaron su apoyo y su compañía.

Un tercer dilema lo podemos entender desde el sistema terapéutico y lo que el terapeuta llega a experimentar ante la situación de enfermedad del consultante, sin poder comprender la manera como quiere lograr tranquilidad sin tener que contarle a su familia, sabiendo que tiene la oportunidad de contar con una red familiar que lo apoye y respalde en sus procesos. Le permite

recordar la manera cómo ha podido sortear los diferentes problemas que ha vivido en su vida, y comprende el miedo de tener que contar su diagnóstico a su sistema familiar.

Ahora bien, respondiendo la segunda pregunta la cual se refiere a *¿Cuáles son las comprensiones que los miembros del sistema terapéutico han construido acerca del proceso propuesto por la IPS como acompañamiento, y cómo dichas concepciones contribuyen o no a la configuración del sistema terapéutico?*

En cuanto a las concepciones construidas a partir del proceso de acompañamiento propuesto por la IPS, los miembros del sistema terapéutico como quien realiza la terapia, el consultante y su familia tienen claro que quieren alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos y que se van dando por medio de la experiencia de terapia, dando a conocer su historia y sus realidades por medio del contexto terapéutico que comparten y los procesos conversacionales en los cuales se ven inmersos Anderson (2009). Ahora bien, es importante tener en cuenta que cada uno de los miembros del sistema cumplen un rol que caracteriza su experiencia en el proceso terapéutico del cual se obtienen varias comprensiones; estas van dando al sistema terapéutico una consolidación en la práctica, los cuales permitirían la configuración del sistema terapéutico. Este sistema se configura a partir de los constructos emocionales que se interpretan, los medios de reflexividad presentes en el ejercicio terapéutico y en la relación que tienen los miembros de la familia que cumplen los roles asumidos en la participación dentro del proceso terapéutico.

Respecto de la tercera pregunta que cuestiona acerca de *¿Cómo los procesos auto referenciales logrados por el investigador en su investigación ante la enfermedad por VIH, pueden contribuir al sistema familiar en sus procesos de afrontamiento de la enfermedad?*

Durante el desarrollo de la terapia en los diferentes escenarios permitió el surgimiento de procesos de auto referencia caracterizados por movilizaciones emocionales al interior del

terapeuta dando cuenta de estos la expresión emocional y verbal dada a través de los procesos conversacionales donde las emociones y sentimientos manifestados durante la intervención permitió la posibilidad de expresar a la familia el agradecimiento generado de su parte por la manera como han confiado en él y han permitido que el proceso fluya.

Como hombre, que reconoce el sufrimiento de una familia que se conmueve ante el dolor y el sufrimiento de su hijo, y es capaz de comprender esta dimensión del dolor humano ante la desesperanza que muchas veces crea la enfermedad; como hijo la comprender la manera como la dinámica familiar se desarrolla en este hogar, y el ayuda a pensar y reconocerse parte de un sistema familiar, que lo ha reconociendo como miembro suyo, su propia familia; como cura, al permitirse momentos en los que ha podido compartir su vivencia religiosa y ha podido transmitir el mensaje de Dios para que confíen en y pongan su esperanza en Él y logren la paz y la tranquilidad para continuar. Estas múltiples facetas me han permitido reconocer la enfermedad en el otro y que me han permitido la comprensión de la realidad del paciente y su sistema familiar en la enfermedad, pero más allá de eso comprenderme parte del sistema terapéutico como alguien que ayuda al sistema familiar. A razón de experiencias personales que he tenido que vivir con el Cáncer he podido comprender al consultante en sus estados de ánimo y en sus diferentes situaciones de tipo emocional variable, así como en sus momentos de preocupación al tener que contar a los miembros del sistema familiar acerca de la enfermedad, he podido compartir con los miembros del sistema terapéutico mi situación familiar y la manera como nos hemos ido acomodando a la enfermedad y a la esperanza de una posible superación de esta. Esta experiencia considero importante para el desarrollo de mi proceso personal y profesional, pues me ha dado elementos de vida que he podido aplicar en el proceso terapéutico.

Como investigador/interventor he tenido la oportunidad de conocer de cerca la infección a través del acompañamiento en el tratamiento de varios pacientes, la investigación de la literatura propia del contexto médico que he tenido que hacer para lograr tal acercamiento y conocimiento, ahora bien he tenido la oportunidad de lograr gran empatía con el consultante y su familia, lo cual ha permitido que la terapia tenga un grado de fluidez bueno para lograr los objetivos que se han propuesto alcanzar.

Para desarrollar las preguntas orientadoras de intervención con respecto al análisis de los resultados podemos expresar lo siguiente:

La primera pregunta hace referencia a *¿Cómo la reconfiguración de los mitos familiares contribuye al afrontamiento familiar del diagnóstico por VIH?*

Es importante ver los mitos con respecto a la enfermedad con que llegan los miembros de la familia a la terapia, por ejemplo H, el consultante nunca pensó que le tocaría, de alguna manera se sentía inmune al virus, de manera que no debía cuidarse ni exponerse al virus, además consideraba la enfermedad como terminal, lo cual estaba creando en su interior un miedo incontrolable con la vida, había perdido las esperanzas de lograr una recuperación y así mismo lograr un apoyo familiar por miedo a la discriminación de todo su contexto vital.

De la misma manera los demás miembros de su familia al enterarse de su diagnóstico comienzan a elaborar ideas desesperanzadoras, que los llevan a vivir un proceso de crisis que, aunque no dura mucho tiempo, si les da la oportunidad de revalorar las ideas que tenían con respecto a la vida.

Durante el proceso conversacional y reflexivo de la terapia, se dio la oportunidad de intervenir en la familia permitiéndoles un momento de conocimiento de la enfermedad a partir de una

charla de promoción y prevención del VIH, en donde los miembros del sistema familiar pudieron conocer los por menores de la infección, su forma de ataque al sistema sanguíneo y de defensas del cuerpo humano, los posibles cuidados que se deben tener, para permitir el mejoramiento en el nivel de vida del consultante y su familiar; esta experiencia le permitió a la familia resignificar la enfermedad, y lograr movilizar sus ritos personales y familiares con respecto a la enfermedad.

Con respecto a la segunda pregunta *¿Cómo se lleva a cabo la reconfiguración de los ritos familiares durante el desarrollo del proceso terapéutico teniendo en cuenta el afrontamiento familiar ante el diagnostico por VIH?* Se puede decir que la familia viene desarrollando cambios en su vida familiar desde el diagnóstico y el conocimiento de este, sus costumbres, aunque no han cambiado, si han variado en la forma de realizarse, los rituales asumidos por la familia se ven reflejados en los comportamientos que se van logrando en cada uno de los miembros, estos surgen de los compromisos, nuevas reglas, y comportamientos que se van dando en el tiempo. La reconfiguración se comienza a dar al hacerse conscientes de lo que sucede al interior del sistema, al resignificar el sentido de la vida y abrirse a la posibilidad de vida en todos sus aspectos.

El afrontamiento familiar se desarrolla desde la posibilidad que se da la familia de restaurar, o mantener el equilibrio entre las demandas y los recursos que existen. De esta manera emprende acciones específicas para reducir la intensidad de las demandas, estas acciones se ven reflejadas en aquellas actividades que adopta cada miembro del sistema familiar y que permiten la movilización.

Al tener en cuenta la tercera pregunta de intervención la cual refiere a *¿Cómo se lleva a cabo la reconfiguración de las epistemes familiares durante el desarrollo del proceso terapéutico teniendo en cuenta el afrontamiento familiar ante el diagnostico por VIH?*

El investigador/interventor puede responder que la familia llega a terapia con algunos conocimientos previos de la enfermedad, es importante ver como los miembros del sistema familiar se comienzan a movilizar a partir del conocimiento del diagnóstico, este permite que la familia ponga en común los conocimientos previos y los conocimientos emergentes acerca de la enfermedad, emergentes en las investigaciones que hacen y que llegan a configurar su pensamientos y conocimientos propios de la enfermedad.

La reconfiguración de las epistemes se realiza desde el momento en el cual se conoce un diagnóstico y se intenta conocer más acerca del mismo, ya sea por interés propio o familiar, en este caso cuando los hermanos descubren la enfermedad, comienzan a investigar acerca de esta, y comparan sus conocimientos previos con los que van adquiriendo, los comparten con los miembros de su familia, estas epistemes de alguna manera ayudan a mantener el vínculo, pues las relaciones familiares se tornan más frecuentes.

En otro momento se adquieren nuevos espacios de reconfiguración de las epistemes, al reconfigurar los mitos y los ritos familiares, durante los procesos conversacionales entre el terapeuta y la familia; un momento importante de estos procesos se da en el momento en el que el investigador les da una charla acerca de la promoción y la prevención de la infección. A partir de esta información, los pensamientos, ideas y conceptos acerca de la infección se redefinen; la familia inicia una dinámica transformativa consistente en comenzar a reconocer lo que tiene como recursos para sacar adelante sus procesos de afrontamiento y superar la crisis, viendo al cambio que los miembros de la familia pueden lograr.

Los resultados a la luz de las Hipótesis de investigación/intervención.

El conocimiento de la infección por VIH como tal es una episteme importante para los miembros de la familia, que los impulsa a pedir a los “expertos” claridades que ayuden a generar

tranquilidad. Dicha información se vuelve tan importante en la medida que cuestiona creencias y mitos sobre la enfermedad y sobre los cuidados del paciente identificado y las actitudes que la familia puede asumir.

A lo largo del desarrollo de la investigación a través de la bibliografía consultada en los diferentes estudios, el análisis de las matrices, producto de los diálogos terapéuticos; el terapeuta, desde una perspectiva de investigación-intervención, ha logrado comprender el problema de la familia y la manera como los síntomas presentes han permitido que el sistema del consultante, haya llegado a una crisis como la que presentó. Creó los escenarios conversacionales necesarios para convocar al sistema familiar y lograr las movilizaciones en los miembros de la familia, que permitieron adoptar las estrategias necesarias para afrontar los dilemas y asumir las reglas y los compromisos que faciliten la dinámica familiar.

En esa medida, la intervención del terapeuta en el sistema familiar, fue clave, lo cual pudo poner en marcha la hipótesis sobre el proceso terapéutico con la presencia familiar, para lograr la reconfiguración de los mitos, ritos y epistemes familiares y adoptar las estrategias de afrontamiento necesarias que puedan conducir al sistema hacia el cambio.

Se propuso una Hipótesis que hace referencia al fenómeno y la manera como este permite el desarrollo de la investigación/intervención.

Esta hipótesis tiene sentido desde la perspectiva de los vínculos propuesta por Miermont (1993) en donde los procesos de vinculación humana desde su perspectiva, es necesario comprenderlos desde lo que él llama, operadores témporo-espaciales del vínculo, rituales, mitos y epistemes, en cuanto son dispositivos articulados que organizan la interacción humana y activan los sistemas de significación en contextos específicos.

La hipótesis de igual forma le ha permitido comprender al terapeuta, el problema de la familia y la manera como los síntomas han permitido al sistema familiar vivir una experiencia de crisis, en la que comprenden a través del proceso de intervención y los procesos conversacionales como diría Anderson (2009) como el consultante cuenta su propia historia a través de una conversación que fluya al ritmo de quienes están participando en ella sin presionar a nadie a que responda algo, sino que lo hagan por su propia iniciativa. Y después de llevar a cabo esta comprensión lograr en el sistema familiar lo que Hernández (2001) refiere como procesos de ajuste y afrontamiento que le permiten al sistema por medio de sus recursos y capacidades, mantener un funcionamiento adecuado.

A manera de conclusión, en respuesta al objetivo general de investigación e intervención se puede decir que la crisis se configura en la familia desde los mitos que surgen en la familia y en cada uno de los miembros en el momento del conocimiento del diagnóstico, referidos a diferentes características de quien vive la enfermedad causada por el virus. En este caso, por ejemplo, se tejieron mitos alrededor de la homosexualidad y las prácticas sexuales descuidadas como la promiscuidad. Aunque la crisis en este caso es activada por la presencia de la infección, la misma lleva al sistema a pensar y a confrontarse con respecto a la elección sexual del miembro de la familia que vive con la infección, pero además de las ideas de muerte que se tienen por la concepción de la enfermedad como terminal. La muerte y el miedo o temor que surge con respecto a ella, es uno de los cambios que movilizan a la familia a actuar en torno de la enfermedad.

Como se verá más adelante en el capítulo de conclusiones, los momentos de crisis en la familia del consultante, se dan en el momento mismo de conocimiento del diagnóstico y se fortalece bajo la premisa del desconocimiento sobre las formas posibilitadoras de afrontarlo.

De este modo, la crisis se mantiene durante varios escenarios y sus actores la manifiestan a través de los mitos que manejan de la enfermedad, referidos al temor con respecto a la infección y a la muerte que se puede producir por esta. Algunos de los mitos tanto del consultante como de la familia se ven visibilizados en los siguientes relatos:

“Teníamos muchas creencias entre esas que era una enfermedad no un virus; además que era una enfermedad terminal y que iba a acabar con su vida y de paso con la vida de la familia” (H8; ESC2; B36; M)

“..creo que tendre que vivir esta enfermedad solo porque no se como contarle a mi familia, no se si me van a tener lastima o me van a querer igual, no merezco que me quieran ni que me acompañen...” (H18; ESC1 M)

“... es una enfermedad que se puede llevar por rápido nuestro hijo y no sabemos cómo manejar esa enfermedad porque desconocemos mucho de las cosas que dicen acerca de ella, como se manifiesta, no conocemos la realidad sea dicha lo que es la enfermedad...”. (H3; ESC2; B10; M)

“..es una enfermedad que mata las personas sin ninguna piedad y no les permite tener una calidad de vida buena”. (H2; ESC2; B19; M)

Estos relatos dan cuenta de los mitos centrados en la muerte, la finalización de la vida, el temor de la familia y del paciente identificado frente a como lo va a vivir la familia. Todos estos mitos, dan sentido y significado a la experiencia vivida y les permite a los consultantes, entender la situación que viven y dotarla de comprensión. En ese orden de ideas, nos encontramos frente a

mitos compartidos en la vida familiar por las diferentes generaciones (padres, hijos) y que surgen como respuesta al proceso que los convoca a “estar juntos”, “apoyarse en todo”.

Ahora bien también la familia refiere algunos ritos con respecto a la infección, que como se vió anteriormente, se relacionan con “el secreto” de muchas historias familiares. El proceso terapéutico llevado, permite develar algunas formas de relación y durante el mismo, pasa de ser una familia que no cuenta sus cosas a comenzar a confiar su estabilidad emocional a un tercero que puede intervenir con el fin de ayudar a lograr la estabilidad por medio del proceso terapéutico, es decir el terapeuta.

Es importante referir que se logró favorecer el ajuste y la adaptación en sistema familiar, por medio de la intervención en terapia, logrando con los miembros del sistema familiar movilizaciones a partir del conocimiento de las estrategias de afrontamiento como son la reestructuración que le permitió a la familia redefinir sus experiencias acerca de la enfermedad como sus ideas y conceptos acerca de la misma. Se puede decir entonces, que la movilización de ritos y mitos, favorece capacidad interna familiar de reconocer los recursos que tiene para manejar sus problemas y sacar adelante su vida, con la creación de nuevas estrategias de adaptación; la evaluación pasiva que le permitió al sistema familiar analizar la situación de la enfermedad de manera pasiva adoptando una actitud de responsabilidad y pasividad que le permitió afrontar con tranquilidad y en su tiempo las dificultades.

Es importante mencionar que el trabajo de la mano con profesionales de la IPS, permitió al sistema (familia- institución e investigador/interventor) reconocerse como parte de la red de

apoyo para el afrontamiento de la “enfermedad”. Personas de la familiar y social mas proxima, y nuevas personas cercanas a la familia se involucraron con la intención de mostrar solidaridad y apoyo familiar, lo que permiten que la familia avance en sus procesos de afrontamiento.

Así mismo, el apoyo espiritual jugo un papel importante, lo cual le permitio a la familia un soporte emocional, que le ayudo a mantener la fe y la unión familiar, lo cual se convirtio en un importante recurso del sistema. Finalmente, vale la pena mencionar que en el proceso desarrollado la familia reconoció como sus ideas acerca de la enfermedad cambiaron, y esta adopta un proceso de movilización que favorece al sistema y le permite superar la crisis, ajustarse y adaptarse ante situaciones de cambio familiar, logrando la estabilidad y fuerza como familia.

Discusión

En el desarrollo de este capítulo se tuvieron en cuenta tres puntos importantes:

1. El desarrollo de los temas tratados en el trabajo de investigación/intervención y la discusión con los autores. La evaluación de los resultados a la luz de la hipótesis, los objetivos y las preguntas.
2. La confrontación de los resultados a la luz de lo presentado por otros autores del estado del arte y el sistema teórico.
3. Una presentación de los alcances de la investigación y las propuestas para posteriores trabajos.

La Dinámica Familiar un pretexto para la movilización

Entre las investigaciones tenidas en cuenta para el desarrollo del estado del arte, se consideran claves tres estudios que pueden servir para desarrollar el dialogo entre los autores y la experiencia desarrollada por el investigador/interventor. La primera, toma los estudios realizados por Cuellar y Legarda (2008) quienes reconocen que es preciso entender que la familia siendo un sistema que está constituido por una red de relaciones entre sus miembros, tiene procesos de movilización entre estos cuando por factores como la enfermedad se pierde la estabilidad de sus miembros; las autoras comprenden que la familia debe responder a cambios internos y externos, como el crecimiento de los hijos y su desarrollo emocional con sus parejas, las crisis que se puedan presentar de identidad en alguno de sus miembros, alguna enfermedad por eso la familia se transforma con el correr del tiempo y se reestructura y adapta para seguir funcionando.

Dicha idea sobre la familia, puede ser similar a la experiencia vivida en este proceso, la cual muestra como resultado que la familia al recibir la noticia de la enfermedad sufre una crisis que vive al interior del sistema, en cada uno de sus miembros, desde este momento comienza a sufrir cambios significativos, que movilizan a cada integrante de la familia alrededor del consultante, brindando apoyo; con la intervención del investigador, surgen nuevos escenarios en los cuales se le permite al sistema familia, reconocer sus recursos.

Sin duda alguna, una enfermedad como el VIH, en un sistema familiar, gracias a los sistemas de significación de cada uno de sus miembros según relato propio del investigador/interventor producto de su experiencia en el trato con sus pacientes, puede llevar al sistema a un periodo de crisis, lo que Hernández (1998) refiere como un estado de separación, decisión, elección, donde los ciclos de la vida de los individuos son los hilos con los que se teje el contexto familiar , el cual a su vez le da forma a los cambios del curso de la vida individual.

La segunda investigación, es un estudio realizado por Dimaté y Bello (2012) quienes abordan la dinámica vincular como un eje transversal del estudio, incluyendo los mitos, ritos y epistemes como sus operadores inherentes y de esta manera constituye un modelo que sirve como dispositivo para apreciar y transformar fenómenos clínicos.

Este trabajo, aporta a la experiencia realizada la posibilidad de comprender como las dinámicas vinculares dan cuenta de los mitos, ritos y epistemes, permitiendo la movilización de los individuos de la familia a nivel vincular, para lo cual el investigador piensa según su experiencia y observación particular, que las personas que viven con VIH, se movilizan en su entorno por lo que piensan acerca de la infección, además de lo que creen pasará con ellos a lo largo de vivir con ella, a partir de la experiencia de sus conocidos, de lo cual pueden construir una serie de conceptos, creencia y vivencias que los invitara a asumir comportamientos muy propios como la convivencia con la misma pareja y círculo de amigos, mantener como agenda oculta la infección con personas de confianza etc. estas son algunas de las razones por las cuales la mayoría posiblemente no cuenta a sus familias acerca de la enfermedad, además el investigador comprende a partir de esta investigación como la dinámica vincular permite la movilización del sistema familiar permitiéndole reconocer a los miembros de este los recursos con los que cuenta para superar sus dilemas en compañía del terapeuta, a través de los sistemas de significación y los contextos, y los escenarios que crean para obtener respuestas a sus preguntas.

La tercera investigación tenida en cuenta expone la dinámica vincular desde la perspectiva de Najmanovich (2001) quién invita a trabajar desde un abordaje complejo enfrentando el desafío de gestar una concepción del conocimiento en que la teoría no está divorciada de la praxis, los afectos de los pensamientos, ni el sujeto del ecosistema Najmanovich. Al respecto afirma:

“La dinámica vincular es la fuente de donde emanan tanto los elementos como las relaciones; es a través de ella que emergen los sistemas complejos que son siempre unidades heterogéneas en intercambio permanente con un contexto activo. Ni los elementos, ni las relaciones, ni la unidad, ni el ambiente existen antes independientemente de la dinámica que los ha parido”. (Najmanovich, 2001, pp.76)

Teniendo en cuenta esta comprensión podría decirse que en las observaciones hechas durante la intervención con el sistema terapéutico, se puede concluir que la dinámica vincular contiene en si elementos relacionales entre los miembros de la familia, cada una de estas relaciones se articulan con sus mitos, ritos y epistemes acerca de la enfermedad, lo cual les permite a su vez producir procesos de movilización de sus recursos rápidamente para enfrentar situaciones de estrés, lo cual nos puede hacer pensar que en lugar de esperar que las cosas se solucionen, afrontan los eventos de manera más efectiva adoptando estrategias de afrontamiento que permitan superar los estados de crisis, en diferentes escenarios y bajo la participación y dirección del terapeuta. No todos los eventos estresantes afectan de la misma manera el sentido evolutivo de la familia como sistema.

El Vínculo como organizador de experiencias

En la presente investigación se trabajó el concepto de vínculos desde diferentes perspectivas, que permitieron al investigador comprender la noción de este en los diferente ámbitos psicosociales que se puede explicar, sin embargo, para la presente investigación se ha escogido por razones que se adaptan a la investigación debido a que es el paradigma desde el cual se ha desarrollado la investigación, el concepto de Miermont, la cual es una interpretación de Estupiñan, Bravo y Hernández (2006) y manifiesta que el vínculo desde la perspectiva eco-eto-antropológica, es aquello que une o conecta a una persona con otra o con las cosas. Es aquello

que permite y asegura una conexión temporo espacial entre personas físicamente separadas, gracias a los procesos de simbolización que contribuyen a su mantenimiento. Los vínculos se caracterizan a través de diversos modos de comunicación, amor, odio, amistad, sexo, altruismo, agresión, rivalidad, juego, manipulación, etc., que crean eventos que pueden llamarse vínculos reales. Esos vínculos se traducen igualmente en la puesta en escena de representaciones y de afectos que dan cuenta de la naturaleza de la relación.

De hecho, los vínculos son ambivalentes, pues son al mismo tiempo fuentes de alineación y de autonomía, de esclavitud y liberación, de violencia y pacificación Miermont (1993), citado en Estupiñan, Hernández, Bravo (2006), p. 49. Estos elementos, permiten observar y comprender para esta investigación, que el vínculo es aquello que conecta o une a una persona con otra y se caracteriza a través de los diferentes modos de comunicación, uno de esos modos de comunicación es el que utiliza la familia en el hecho mismo de estar pendientes los unos de los otros. Se pudo dar cuenta, además, que estos vínculos permitían la movilización de los miembros del sistema, a través de lo que el autor llama los operadores temporo espaciales del vínculo, Según la hipótesis de Miermont (1993), las relaciones humanas se estructuran a través de tres operadores témporo-espaciales: el ritual, el mito y la episteme, los cuales se agrupan en dos grandes dimensiones: los sistemas de significación y las modalidades de organización de la interacción humana. Como se puede observar en la discusión de resultados el consultante “H, presenta una fase de negociación consigo mismo y con la vida, ante el diagnóstico. Se está ajustando a la idea de este, mientras trata de entender el porqué de su situación actual. Los vínculos familiares se fortalecen en los periodos de crisis, mediante el dialogo y el acompañamiento que se da entre los miembros del sistema familiar”.

Los vínculos como se observa se van fortaleciendo a medida que pasa el tiempo, y tras la intervención del terapeuta se consolidan las relaciones, que, aunque antes del proceso interventivo ya existían, han tenido un periodo de Crisis donde se ha perdido la confianza entre sus miembros, y ante la aceptación del síntoma, retoman su vida para ajustarse y dirigirse al cambio.

Los Sistemas de Significación alrededor de la “enfermedad”, “la crisis” y el “cambio”.

Parafraseando a Hernández, A (2008) a través de formas que los seres humanos reconocemos naturales, le damos sentido a las experiencias que vivimos y queremos vivir, como son las creencias, los mitos y las epistemes.

En la investigación esta es una realidad, pues para el sistema familiar cada una de las experiencias realizadas, se llevan a cabo teniendo en cuenta el contexto en el que se dan, pero, además, dejando que se expresen a través del sistema de creencias y los pensamientos en los que están inmersos los miembros de la familia.

Descubriendo los mitos

Para tener en cuenta los mitos dentro de esta discusión quiero exponer a la luz de los resultados cuatro características descritas por Knox (1964) sobre los mitos son: historias que tratan de demostrar actos significativos de los dioses, tienen su fuente en la vida común y las experiencias de una comunidad humana particular, mantiene una relación directa con la historia y con la existencia concreta de la comunidad, sugiere algo distintivo e importante en la existencia humana y, particularmente, en la existencia de la comunidad; además, es allí donde encuentra la respuesta.

La familia y sus miembros generan una serie de mitos alrededor de la experiencia de la enfermedad y el diagnóstico que de alguna manera se ven reflejados en las maneras de actuar e incluso de pensar en quienes hacen parte del sistema familiar.

Tal como se observó en los resultados, el mito mantiene una relación directa con la historia y la existencia concreta de una comunidad, vemos como los mitos sobre la infección están relacionados con los últimos acontecimientos familiares, sobre todo en las dinámicas de vida particulares en uno de sus miembros.

Los mitos, en las matrices producto de la investigación van asociados a la enfermedad y a la posibilidad de hospitalización que da la enfermedad, sin embargo, es preciso decir que la infección y las consecuencias de esta, como son el hecho de presentar síntomas, o el mismo hecho de creer fácil el contagio, por la situación del consultante son de vital importancia. Vemos qué a partir del mito dominante, acerca de que la enfermedad es de tipo terminal se tejen muchas creencias y pensamientos, que le sugieren a la familia, llegar a una situación de crisis, sin reconocer sus recursos, y desconociendo las capacidades emocionales de sus miembros.

Alrededor de la enfermedad existieron muchas ideas, que no se entendían con claridad, mitos que habían aparecido desde antes de ser informado del diagnóstico, y con la aparición del diagnóstico llegó también el temor de no conocer mayor cosa sobre el VIH, uno de los mitos más comunes y adoptados por el desconocimiento es que la enfermedad es tipo terminal y las personas que tengan esta, morirán sin poder hacer nada.

La impotencia lograda al mantener las ideas equivocadas de la enfermedad finalmente se logran superar, al reconocer por la familia, tres aspectos importantes; primero los efectos de la enfermedad en el cuerpo, segundo comprender el tipo de enfermedad crónica no terminal, y

tercero que alrededor de la enfermedad se pueden tejer muchas relaciones que buscan mejorar la situación familiar a partir del cambio de actitudes de vida y buscando procesos de calidad de vida buenos para los miembros del sistema.

Comprendiendo las epistemes

En un ejercicio de comprensión acerca de lo que dice Estupiñan, Bravo y Hernández (2006) quienes refieren que la episteme es coextensiva a los mitos y a los ritos; permiten mantener los vínculos y complejizarlos, le permiten comprender al investigador que las epistemes en este sistema familiar, tienen diferentes características y se dan de acuerdo a las ideas que los miembros del sistema terapéutico tienen de la infección.

Las epistemes familiares en este sistema familiar, dependen en primera instancia con respecto a la infección de las ideas que se presentan en la familia de la enfermedad y lo que hace referencia a la enfermedad, por ejemplo, vemos como las epistemes medicas indican que el paciente debe tener un seguimiento médico y un tratamiento, que la infección está presente en el consultante y que debe tratarse de manera rápida. Las epistemes familiares llevan al consultante a actuar respecto de lo indicado por el médico, sin dejar de lado lo que piensan de la infección, asumido por el sistema de creencias y los mitos que han aprendido a lo largo de sus vidas como respuesta a lo que han escuchado sobre la infección.

Las epistemes familiares permiten la movilidad del sistema familiar y mantener los vínculos en una dinámica constante, de emociones, sentimiento y relaciones familiares como se evidencia en la investigación, en el desarrollo de su intervención, pudimos observar como el sistema familiar se moviliza ante las epistemes tanto médicos como familiares que tiene la familia con el síntoma, y permite que los vínculos entre los miembros se fortalezcan y se mantengan.

Asumiendo los ritos en familia

En las escenas actuadas en su diario vivir, las familias experimentan ciertos movimientos en los distintos escenarios y con los diferentes actores que aparecen en esta obra llamada vida, Riviere (1995) define un rito como un conjunto de conductas individuales o colectivas, relativamente codificadas, que tienen un componente corporal (verbal, gestual, postural), un carácter más o menos repetitivo, una fuerte carga simbólica para sus actores y habitualmente para sus testigos y se basan en una adhesión, generalmente no consciente, a valores sociales importantes. Los ritos tienen el sentido que le atribuyen sus protagonistas, conforme a sus mitos e ideologías y no es necesaria la preexistencia de un significado, sino la creación simultánea de un significado para alimentar el rito.

Dentro de los rituales representativos de este sistema familiar encontramos la manera como comparten el día a día los miembros de la familia, es así como las representaciones de afecto, el diálogo y el apoyo hacen parte de las formas de ritualización particular y colectiva de cada miembro de la familia.

El consultante debe asumir a lo largo de la intervención nuevas posturas y nuevas maneras de asumir su experiencia con los tratamientos que recibirá y la adaptación de estrategias que le sirvan en el mejoramiento de la calidad de vida.

Así mismo la familia propone nuevas reglas y asume nuevos compromisos con los cuales quiere fortalecer los vínculos existentes, favorecer las movilizaciones y mantener las dinámicas de cambio en cada uno de sus miembros.

La experiencia de la Crisis

Morin, E (1994) desarrolla el tema de la crisis y refiere que es un momento de “verdad”, de decisión y de transformación que mueve a la acción, generando ruptura y discontinuidad. Es la desencadenante del cambio a partir de una experiencia que puede provenir del interior o del exterior del sistema, aunque implica desorden, incertidumbre y bloqueo de diversos mecanismos, potencialidades y realidades antes inhibidas. El sistema vive la crisis como una ausencia de solución. El desencadenamiento de los desórdenes se asocia con la parálisis y la rigidez del sistema. Entre más dura es la crisis, más suscita la búsqueda de soluciones radicales y fundamentales.

Los momentos de crisis en la familia del consultante, se dan en el momento mismo de conocimiento del diagnóstico y se fortalece bajo la premisa del desconocimiento acerca de la mejor manera de afrontarlo.

La crisis se mantiene durante varios escenarios y sus actores la manifiestan a través de los mitos que manejan de la enfermedad, ideas concluyentes que heredan de los contextos sociales en los cuales están inmersos como familia, de los comentarios muchas veces discriminatorios y mal intencionados que hacen quienes critican las experiencias de aquellos que según ellos no deben tolerar socialmente.

Hernández (2001), hace referencia a los indicadores específicos de una crisis familiar son: Incapacidad de los miembros para desempeñar los roles y las tareas habituales, así como el cuidado de las personas más frágiles niños enfermos y ancianos; incapacidad para tomar decisiones y resolver problemas cambio de foco de búsqueda de la supervivencia familiar a la supervivencia individual.

También a través de las epistemes, sistemas de creencia y pensamientos que producto de la desinformación y el conocimiento permiten la malinterpretación de los conceptos asociados a la enfermedad.

Y finalmente a través de los rituales, que la familia asume como ciertos ante la incapacidad de comprender la situación que los embarga, tras haber agotado los primeros recursos asociados a su experiencia familiar sin la intervención en el aspecto psicológico familiar.

Ajuste y afrontamiento un camino al Cambio

Uno de los autores que despertó un mayor interés en el investigador, fue Hernández, A (1997) que desarrolla el tema de las fases de ajuste y afrontamiento y relata que Las familias atraviesan repetidos ciclos de ajuste, crisis y adaptación, desencadenados algunos por los eventos propios del desarrollo (nacimiento de alguno de los hijo) los cuales producen crisis normativas o transiciones que son seguidas por periodos de relativa estabilidad; otros ciclos se inician por la aparición de estresores no normativos como la aparición de una enfermedad severa en alguno de los miembros del sistema familiar, ante lo cual se produce una crisis, dado que las demandas exceden las capacidades de la familia al menos transitoriamente.

El sistema familiar tiene la opción de vivir un ciclo de crisis ocasionada por un estresor no normativo como es la enfermedad grave de uno de sus miembros, y logra por medio de la intervención del terapeuta reconocer los recursos que hicieron que la familia se favoreciera logrando la estabilidad que necesitaba para seguir adelante y solucionar sus dilemas.

Se observó que la familia en los diferentes escenarios expuestos en las matrices tiene acercamientos tanto entre los miembros del sistema como con sus terapeutas y logran asumir una posición de cambio, que les permite superar los dilemas que tuvieron con la infección, así como

proponer estrategias claras, reglas de comportamiento familiar y compromisos con el fin de lograr mantenerse en ese punto de estabilidad y equilibrio que debe ser constante.

El reto de descubrir y vivir las estrategias de afrontamiento familiar

McCubbin y Thompson (1996) citado por Hernández (1997), nos permite conocer el fruto de su investigación exponiendo lo referente a las estrategias de afrontamiento, nos invita a comprender que son todos los esfuerzos específicos encubiertos o evidentes que permiten que la familia funcione como un todo, que permitan reducir y manejar las demandas en el sistema familiar incorporando recursos que permitan sobrellevar la situación.

El sistema familiar presenta una situación de enfermedad en uno de sus miembros que se vuelve complejo en el trato de la misma, sin embargo, tras agotar las posibilidades conocidas para el manejo, la familia comienza una etapa de crisis, caracterizada por la pérdida de estabilidad en la familia, donde los miembros del sistema manifiestan la frustración existente y la hacen explícita en sus actitudes con los demás.

Deciden buscar ayuda terapéutica con el fin de lograr una comprensión adecuada del síntoma o síntomas que producen una situación dilema la cual ha provocado la crisis.

El proceso terapéutico se inicia con la configuración del sistema terapéutico, donde cada uno de sus miembros aportará desde su experiencia familiar y profesional los elementos que le permitan a los participantes superar sus dilemas y miedos ante la situación que viven.

En el desarrollo del proceso terapéutico y a través de la intervención del terapeuta se comienzan a desvelar nuevos elementos como son los tipos de estrategias de afrontamiento internas, es decir las que la familia utiliza valiéndose de los recursos propios que existen en la familia. Entre los que está a reestructuración en donde la familia o los integrantes de la familia

tienen la habilidad de redefinir las experiencias estresante, de manera que sean aceptables y manejables, un ejemplo de esto es la situación en la cual la familia está viviendo un momento de crisis y el terapeuta los invita a conocer lo referente de la infección, lo que en realidad es la enfermedad, los riesgos de vivir con ella y los cuidados que deben tener para lograr mejorar en cuanto a su calidad de vida, y las relaciones entre los miembros del sistema familiar.

La evaluación pasiva en la cual los miembros de la familia hacen lo posible por evitar problemas y evitar una actitud pesimista de los integrantes del sistema familiar. Esta se hace evidente en los momentos en los cuales el consultante se da cuenta de sus equivocaciones y toma la opción de evitar escaladas simétricas con los demás miembros de la familia y se caya o evita el trato con los demás.

Ahora bien, es de resaltar como la familia en diferentes momentos muestra la posibilidad de utilizar también las estrategias de afrontamiento de tipo externo en las que los miembros de la familia se ven en la posibilidad de conseguir los recursos que les permitirán superar sus dificultades al exterior del sistema.

Por ejemplo, la obtención del apoyo social, en el que cada uno de los miembros del sistema familiar de la familia extensa, se hace responsable de su familiar y lo apoya en lo que necesita para sacar adelante sus procesos de enfermedad, así como los amigos cercanos de los miembros de la familia, estos recursos que reciben son de tipo emocional.

El sistema tiene una característica que han adquirido de su contexto social y es la posibilidad de tener confianza en lo sagrado, en los procesos de vidas espiritual, otra de las estrategias es el apoyo espiritual, el cual en sus padres está muy marcado por razón de sus orígenes familiares, la fe en Dios ha sido para ellos fundamental, aunque poco hagan referencia de este.

Finalmente, la movilización familiar para obtener y aceptar apoyo, la familia tiene la posibilidad de dejarse acompañar en sus procesos de afrontamiento por un profesional de la salud en la rama de psicología que les permite descubrir los recursos, encaminar su proceso de vida y superar las demandas que produjeron la crisis.

En procesos de cambio es importante entender lo que expone Watzlawick (1992) El cambio es un proceso que aprecia un observador con una diferencia en el estado de un sistema en diferentes momentos, es una diferencia del valor de una variable en un periodo de tiempo; Por un lado, está el cambio de primer orden; en este los parámetros individuales varían de manera continua pero la estructura del sistema no se altera. Por otro lado, el cambio de segundo orden, en este el sistema cambia cualitativamente y de manera discontinua, se producen cambios en las reglas que rigen su estructura y orden interno. En el ser humano la experiencia de aprender pertenece al cambio de segundo orden.

Parafraseando el concepto de cambio propuesto por Watzlawick y según la experiencia de la familia con la que se llevó a cabo la terapia, se puede decir que la familia cuando entra en la fase de crisis, está determinando un cambio de primer orden, pues aunque hay aprendizajes, no existe la posibilidad de que superen sus dilemas debido a que no han descubierto los recursos que en el interior del sistema tienen sus miembros, no son capaces de lograr ir más allá de sus posibilidades, sin embargo en la dinámica del cambio de segundo orden, comprenden los cambios que existen, aplican lo que han aprendido y son capaces de continuar su vida sin la ayuda del terapeuta, han tenido la oportunidad de recibir una retroalimentación que les sugiere no solo lo que deben cambiar, sino les muestra los medios inmediatos que tienen para poder lograrlo.

Finalmente, en relación con los alcances de esta investigación y propuestas para futuras

investigaciones, el proceso realizado permite pensar la importancia de desarrollar futuras investigaciones de largo alcance que permitan procesos de acompañamiento durante otras fases relacionadas al VIH/SIDA, como la fase crónica, en la que surgen tantos miedos y actitudes relacionadas con el desconocimiento de la enfermedad y los temores acerca de la discriminación propia de la infección y de quienes la viven. Es importante tener en cuenta otras posibles categorías como adherencia al tratamiento, resiliencia, y la fase terminal de la enfermedad, para de esta manera, pensar la psicología sistémica como una posibilidad interventiva en estos contextos en donde por lo general, se encuentran intervenciones desde la psicología de la salud, en otras corrientes epistemológicas. La psicología sistémica y de la familia, tiene una sólida propuesta que beneficiaría a muchas familias y profesionales en este campo.

Así mismo, se considera importante continuar desarrollando procesos de investigación/intervención con otras familias que vivan la misma situación, con el fin de movilizar mitos, ritos y epistemes que no favorecen procesos de ajuste y afrontamiento, de manera que los resultados de este trabajo, puedan ser extensivos a otras familias y a otros terapeutas que busquen aplicar las estrategias aplicadas en el presente trabajo e investigación para mejorar el funcionamiento en la dinámica vincular de la familia. Dicha apuesta reconoce además, la importancia de un trabajo articulado entre médicos, terapeutas, familia y paciente identificado, para favorecer procesos de contención, apoyo y acompañamiento en diversas fases; temas que podrían ser interesantes para seguir profundizando en este fenómeno de estudio.

Conclusiones

La investigación permitió en sus fases de intervención movilizar la dinámica familiar, permitiendo al sistema redefinir, sus herramientas y recursos familiares, en esta activación de movilizaciones se puede observar como los vínculos comenzaron a fortalecerse en cada uno de los miembros del sistema familiar, los padres asumen sus roles y responden ante sus hijos con la responsabilidad que siempre han tenido.

El investigador, con sus intervenciones en el sistema familiar permite la resignificación de los mitos, ritos y epistemes que cada uno de los integrantes de la familia incluyendo el consultante, traían con respecto de la infección, propone entre ellos la adecuación de nuevas reglas y compromisos familiares.

Se logra visibilizar, a la familia que a través de los rituales de reconocimiento al sistema o a alguno de los integrantes de la familia permite que los relatos dominantes acerca de la infección pierdan fuerza, es decir se puede notar que mientras se da una connotación positiva a la familia o al miembro de la familia que vive con la infección este puede redefinir la problemática familiar en términos positivos.

Finalmente, las movilizaciones vinculares afectivas en torno a quien sufre la enfermedad permiten la superación del síntoma, y los dilemas que se dan producto de la crisis familiar permitiendo la utilización de estrategias de afrontamiento y asumiendo el cambio.

En cuanto al objetivo central de este trabajo, se concluye que, a través de un proceso terapéutico con la participación tanto del terapeuta investigador, como los miembros de la IPS, se logran transformar los mitos, ritos y epistemes familiares, personales y profesionales sobre el

VIH y su tratamiento. Los mitos asociados a la enfermedad como “muerte”, “imposibilidad” o una situación que “merece el portador”, se convierten en sistemas de significación que mantienen la crisis y no favorecen el ajuste familiar. Esto sin duda se relaciona con elementos de la historia familiar, en donde los secretos empiezan a ser develados a través de un proceso interventivo, lo que favorece que la familia empiece a pensar y vivir la crisis como una posibilidad para estar juntos, ayudarse y ser solidarios en sus formas de relación. Las epistemes médicas en este caso, ayudan muchas veces a desmitificar los miedos frente al manejo de la enfermedad y permite al sistema pensar en los cuidados de la vida y no en la muerte como una única posibilidad.

En relación a la intervención realizada, se puede concluir, que el sistema terapéutico ha logrado una movilización vincular en el sistema familiar, que le ha permitido reconocer a este sus recursos propios y favorecer los procesos de ajuste y adaptación del sistema familiar, por medio de los principios operadores propuestos y las estrategias manejadas durante el proceso interventivo por el investigador.

En relación con el macro proyecto, este trabajo aporta una lectura comprensiva e inerventiva de un fenómeno del campo de la salud, que requiere atención familiar y social y en donde, se realiza una propuesta que incluye la conversación entre sistemas amplios (IPS)- familia- sistema terapéutico. Esto invita, a la Maestría en psicología Clínica y de la familia y las instituciones de salud, a trabajar de manera articulada para desarrollar programas de prevención y promoción en salud familiar y VIH, de modo que, se movilicen mitos y epistemes frente a la enfermedad y su tratamiento.

De este modo, los operadores temporo-espaciales del vínculo, se convierten en una estructura académica, psicológica, clínica y sistémica, que permiten, en el caso del VIH, reconocer y movilizar los sistemas de significación que dotan de sentido la experiencia que vive

el portador del VIH, su familia y el sistema clínico que los acompaña. Esta experiencia aporta al macro-proyecto la posibilidad de comprender fenómenos del campo de la salud, poco estudiados por la psicología sistémica y en donde su puesta en marcha, logra transformaciones amplias en los sistemas y el interventor.

Por otro lado, durante la elaboración del trabajo de grado, cada apartado permite nuevas comprensiones importantes. A modo de conclusión, importante señalar que en el primer apartado se expone el problema de la investigación/intervención, teniendo en cuenta el fenómeno de investigación, las preguntas orientadoras y las hipótesis, este apartado nos permite comprender la orientación en el desarrollo del trabajo.

En el segundo apartado se presenta el estado del arte, que nos permitió comprender o ampliar el panorama de comprensión sobre el síntoma, entendiendo el fenómeno, a partir de las investigaciones realizadas por diferentes autores producto de la reflexión y la revisión documental de investigaciones y estudios en torno a la dinamización de los vínculos afectivos. Esta exploración permitió concluir que hay un gran auge de investigaciones en la década de los 90, asociada quizás, a la difusión y reconocimiento de la enfermedad en el mundo. Sin embargo, posterior al año 2010 no se encuentra tanta literatura asociada al estudio del VIH desde la psicología, lo cual visibiliza la importancia de este trabajo en cuanto a la vigencia del tema, aun hoy. En especial, la psicología de la salud ha logrado mayores estudios; mientras que, la psicología sistémica no ha desarrollado tantos estudios actuales centrados en le VIH y familia.

El tercer apartado es el sistema teórico, el cual permitió al investigador hacer conexiones entre las categorías presentadas en la investigación y lo eco sistémico, llevar a cabo comprensiones de los principios teóricos, paradigmáticos y epistemológicos, lo cual permitió describir los principios orientadores de la línea de investigación vínculos, ecología y redes desde la

perspectiva sistémico – compleja, integrando lo propuesto en los procesos de crisis, ajuste y adaptación familiar y cambio.

El cuarto apartado, refiere a la metodología, la cual le permitió a quien realizó la investigación comprender la manera como debía realizar la intervención en los diferentes escenarios, teniendo en cuenta las fases de la investigación, los actores, las escenas, las categorías que orientaron el diseño metodológico y el análisis de resultados, el investigador pudo elaborar un modelo que le permitió organizar de manera intencional la experiencia que vivió con la familia en la intervención. La metodología retoma las categorías del macro-proyecto de la Maestría, lo cual favorece su desarrollo sistemático y organizado., permitiendo el desarrollo y avance de una propuesta interventiva.

Finalmente, el quinto aparte de la tesis, hace referencia a los resultados a la luz de la hipótesis, los objetivos y las preguntas orientadoras, lo cual le permitió al investigador sistematizar y analizar los encuentros del sistema terapéutico en la intervención. Teniendo este en cuenta estos resultados se trabajó las discusiones y las conclusiones que son producto de los diálogos emergentes entre los diferentes apartados de la investigación/intervención, en función con los objetivos que guiaron el presente estudio.

Importante señalar, que con la investigación se abre una posibilidad de continuar investigando en el enfoque sistémico acerca del tema del afrontamiento familiar, y sería importante crear algún proyecto que permita reconocer el impacto de la terapia y trabaje temas comunes a este como la resiliencia en familias que tienen un integrante que vive con la infección por VIH. Otro tema de investigación podría ser la incidencia de la movilización vincular en procesos de adherencia al tratamiento en paciente que viven con VIH y manejo de las estrategias de afrontamiento en el mejoramiento de la calidad de vida.

Por último, este trabajo, le permitió al investigador e interventor reconocer la fragilidad que pueden presentar las familias ante situaciones de enfermedad cuando sucede en uno de sus miembros, como también la manera como pueden movilizarse a partir de la comprensión real de la situación familiar en ese momento dado. Comprender, que las movilizaciones en la dinámica familiar se pueden lograr gracias a la intervención del terapeuta y sus sistema o por el contrario se pueden mantener los dilemas familiares de los integrantes de la familia por medio de los mitos y los rituales que no se quiere cambiar, aprender de las familias que están pueden lograr procesos de cambio a través de la movilización vincular y que cada uno de los miembros tiene su rol en la familia, que si reconoce los recursos del sistema familiar, puede lograr procesos de ajuste y adaptación que le permita afrontar sus dilemas, aceptarlos y dirigirse al cambio.

El investigador/interventor logra observar una movilización en los mitos referidos a la concepción que los miembros de la familia tenían con respecto al VIH, es decir en un principio creían que el VIH y el SIDA eran lo mismo, además tienen la oportunidad de conocer a través de la explicación y el acompañamiento del terapeuta lo relacionado con la infección por VIH y sus cuidados, es decir los procesos de promoción y prevención de la misma. Estas comprensiones, del lado de un espíritu reflexivo, crítico y dispuesto a aprender, permite al investigador comprender y cuestionarse sobre sus propios marcos de referencia sobre la enfermedad, lo llamado crónico, los tratamientos médicos, y, por último, la misma vida, como posibilidad de cuidado y el mantenimiento de la misma por la acción de los tratamientos, el acompañamiento médico y del equipo terapéutico, la familia y la misma decisión del consultante.

POST ESCRITUM

Este capítulo presenta las consideraciones emergentes posterior a la sustentación; por tanto, su desarrollo se nutre con las voces de la directora del trabajo (Diana Janneth Laverde Gallego), los jurados (Mariana Pinillos y Angie Román) y la asistencia de la Directora de la Maestría (Luz Marina Moncada Torres) y el investigador-interventor (Camilo Ramirez).

Inicialmente es importante señalar que el proceso investigativo-interventivo evidenciado a través de la presentación por parte del autor, posibilitó procesos reflexivos en el posterior escenario conversacional entre los dos jurados, a partir de un equipo reflexivo, del que emergieron abstracciones sobre algunos puntos importantes en los que el expositor hace referencia, como los procesos auto referenciales, el vínculo y los operadores temporo espaciales, la resiliencia y los procesos conversacionales del ejercicio investigativo. A continuación se exponen las principales ideas a propósito de dichas elaboraciones:

Los jurados agradecen la presentación del trabajo, resaltando que el investigador retomó las correcciones y sugerencias hechas en la lectura inicial, lo cual permitió fortalecer el trabajo, señalando con mayor claridad el para qué del trabajo de investigación- intervención, los resultados y visibilizando los procesos de cambio. Así mismo, el trabajo tiene una fuerza importante en procesos autorreferenciales, lo cual se convierte en el punto de partida, y el punto de reflexividad que le permite al investigador conectarse con la familia y con el sistema consultante. Sin embargo, llama la atención que se queda en un nivel descriptivo, razón por la cual, es importante pase a otro nivel, con respecto a lo que está sintiendo y llegue a una

profundización que permita reflexionar acerca del proceso de la familia y de la experiencia vivida y relatada por el propio como terapeuta.

En ese punto, es importante señalar que los procesos autorreferenciales permiten fortalecer el nivel interventivo y visibilizar el cambio, por tanto, permiten reconocer los niveles de cambio que se lograron. Para este proyecto investigativo, vale la pena reconocer que hay un punto de conexión desde lo que implica la vida y la muerte, lo cual es el punto de conexión de los dilemas entre los miembros de la familia, pero también, entre el terapeuta como persona y los miembros del sistema familiar.

Por otro lado, en relación al cambio, llama a la historia familiar. Emergen preguntas en torno a ¿Cómo era la familia antes de la enfermedad?, ¿Se puede pensar que una crisis moviliza a la familia?. Dichas preguntas permiten reflexionar en diferentes aspectos de la vida, reconociendo los sistemas tienden a unirse cuando la crisis esta en el filo de la muerte, y tiende a unir, a exacerbar el amor. Se podría pensar, por ejemplo, en la dinámica familiar por la cual se llega al extremo de la muerte para tener en cuenta la realidad de un hijo que no es heterosexual sino homosexual.

Durante el proceso conversacional surge la pregunta ¿Que va a pasar con el sistema familiar cuando quien vive con la infección no este, que va a pasar cuando la enfermedad haya desaparecido? ¿cómo se truncan o como se generan esos procesos de ajuste y de cambio en los miembros de la familia? Al analizar su historia a nivel reflexivo puede producir un cambio de tipo dos.

En cuanto al macro-proyecto, el trabajo está ligado a la comprensión del vínculo, los mitos, los ritos y las epistemes, lo cual permite conocer el pasado de la familia y puede dar muchas luces en la comprensión de los procesos del sistema consultante. Es importante comprender en el proceso realizado como era la familia en cuanto a los mismos operadores, lo que permita comprender que mitos habían y cómo estos se ritualizaban.

Del proceso reflexivo, emerge reconocer que el trabajo tiene muchas bondades. Precisamente la descripción de lo que sesión por sesión de los escenarios se maneja y dar cuenta de los micro cambios a nivel de comprensión de lo que ha sido esta familia da fuera a los mitos, ritos y epistemes.

Otro tema importante a resaltar, hace referencia a los procesos de resiliencia familiar, especialmente en lo que tiene que ver con la relación fraternal, puesto que tiene algo particular en la forma de vivir no desde la enfermedad sino desde la complicidad. Esta es una forma en la que la familia comienza a repensarse o a redefinirse. La resiliencia podría ser un proceso de ajuste pero dirigido a comprender la manera como los hijos enseñan a los padres, si es que ese tipo de jerarquía se puede romper, tener en cuenta la manera como la familia se relaciona y rompe un poco la manera de jerarquización, comprender que hacen los hermanos a nivel de ritual, como se relacionan, rompiendo la episteme de jerarquización de los padres y como se relacionan en la confianza, quitándole un poco la voz a la muerte para ver al ser humano, para ver el hoy, para entender a ese que acompaña su vida y entender como aprovecharlo, como lo disfrutarlo, como se construyen las relaciones de complicidad. Todo lo relacionado con el hecho de reconstruir la vida y el conocimiento y el reconocimiento de la crisis como agente de cambio y movilizador de recursos es una de las fuerzas de este trabajo.

Teniendo en cuenta los puntos anteriores y a modo de síntesis, el trabajo de grado permite la reflexión en dos elementos fundamentales: 1. La autorreferencial, como una posibilidad a nivel interventivo, que a través de la reflexividad emerge como un dispositivo de cambio en el sistema. 2. El cambio familiar y el nivel interventivo que se da en el sistema terapéutico.

En cuanto al segundo elemento, cómo era la familia antes de la enfermedad, se reconoce que era una familia donde prevalecía el criterio de la autoridad por parte de los padres quienes provenían de familias con principios religiosamente muy marcados desde lo moral, donde el respeto por los padres era lo principal pero esto evitaba la posibilidad de dialogo con el resto de los miembros del sistema consultante, razón por la cual el paciente identificado vivía con su hermana mayor y con el esposo de esta. No existía un punto de convergencia entre los padres y los hijos. Se vivía una pauta de jerarquía muy marcada de parte de los padres hacia los hijos con límites infranqueables que produce aislamiento y silencios sin posibilidad de dialogo.

Se podría entonces decir, que la resiliencia emerge en la relación fraternal, como eje importante. La resiliencia hace parte del modo de relación familiar y hace parte del individuo, visibilizando las capacidades de tipo emocional que tienen los seres humanos para poder superar ciertos aspectos de sufrimiento o crisis que nos ayudan a resignificar los procesos que se dan a lo largo de nuestra vida. Esta experiencia, enseña a todo el sistema a resignificar los procesos que se van dando, nos invita a reconocer al ser humano que se vincula a un sistema familiar que sufre y que de alguna manera tiene la posibilidad de lograr cambios. Dentro del proceso reflexivo está la posibilidad de resignificar la crisis en cambio, resignificar la muerte en vida, resignificar los procesos de tristeza, dar la oportunidad de vivir la alegría diaria, en la posibilidad de sentirse vivo a pesar de la enfermedad.

Bibliografía

- Ackermans, A. Andolfi, M. (1990). *La creación del sistema terapéutico*. Ed Paidós.
- Ader, R (1981). *Pschoneuroimmunology*. Editorial NY: Academy Press.
- Alcantara Tadeo, A (2012). *Vivir con el VIH: Influencia de la vía de transmisión en el afrontamiento a la enfermedad*, tesis doctoral Universitat de Lleida.
- Anderson, H. (1999). “*Conversación, Lenguaje y Posibilidades: Un Enfoque Posmoderno de la Terapia*”. Editorial. Amorrortu. Argentina (Buenos Aires).
- Ayuso, A. Ripoll, V. (2005) El estudio de casos como prototipo de la investigación en contabilidad de gestión desde una perspectiva cualitativa. *Revista Iberoamericana*
- Bagarozzi, D. y Anderson, S. (1996). *Mitos Personales, Matrimoniales y Familiares*. Barcelona. Edit. Paidós.
- Becvar, D & Becvar, R. (2002) *Family Therapy: A systemic integration*. Australia: Pearson education.
- Berinstein I, (1999) *Transferencia: Hecho nuevo y/o repetición, producción vincular y/o individual*. Asociación psicoanalítica de Buenos Aires.
- Bello, A. & Dimate V. (2012). Vínculos de pareja en Familias simultaneas, USTA,
- Bowen, M (1991) *De la familia al individuo*, Buenos Aires Paidós.
- Bowlby, J (1981). *Cuidado maternal y amor*. México: Fondo de cultura económica.
- Bowlby, J (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.

- Campbell, J (1998) *El héroe de las mil caras: Psicoanálisis del mito*. España: Ed. Fondo de cultura económica de España.
- Carmona Parra, J (2001) *Teoría del vínculo social de Jacques Lacan*. Revista electrónica Poiesis, FUNLAM Numero 3. octubre 2001.
- Carrobbles, J. Remor, E. Rodriguez, L. (2003) *Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH*. Ed. Psychothema.
- Criollo Chiriboga M. (2012) “*Capacidad adaptativa familiar de pacientes seropositivos para V.I.H.*” Universidad de Guayaquil – Ecuador.
- Chacon Corzo, M.A. (2006) *La reflexión y la crítica en la reflexión docente*. Artículo Scielo Educere V.10 N.33
- Cyrułnik, B. (2004) *La Resilience ou comment renaître de sa souffrance*. Ed. Fabert.
- Díaz Oropeza, I. (2003) *Terapia familiar con personas afectadas por el VIH/SIDA como parte de un modelo interdisciplinar*. Revista Internacional de Psicología Vol.4 Num.01
- Díaz, I. F. (2009). La terapia familiar médica aplicada al contexto del VIH/SIDA. En A. Roizblatt (Ed.). *Terapia familiar y de pareja* (444-460). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Cyrułnik, B. (2009). *Los patitos feos: La resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Echeverría R, (2003) *Ontología del lenguaje*. Pag144. Chile:Ed. JC Saez.
- Eliade, M. (1963). *Aspects du Mythe*. Paris: Gallimard
- Elkaïm, M (1988). *Le dictionnaire clinique des thérapies familiales et systemics*. Paris: ESF.

- Estupiñan, J., Hernández, A., Bravo, L.F. (2006). *Vínculos, ecología y redes*. Bogotá: Universidad Santo Tomás. Dossier 1.
- Estupiñan, J., Hernández, A., Rodríguez, D., Polo, M., Garzón, D., Barragán, M., Rodríguez, L., González, M., Hernández, L y Sabogal, H. (2003). “*Construcciones en Psicología Compleja*”. Editorial. Usta. Colombia (Bogotá)
- Falicov, C. (1988) *Transiciones de la familia, Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fischer, G.N (1992) *Campos de intervención en psicología social*. Barcelona: Ed. Narsea S.A Colección Educación hoy.
- Flores Palacios, F. Almanza Avendaño, M. Gómez San Luis, A. (2008). *Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social*. Revista Psicología Iberoamericana, vol. 16, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 6-13 Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.
- Friedman, S. (2005). “*Terapia Familiar con Equipo de Reflexión. Una Práctica de Colaboración*”. Editorial. Talleres Gráficos Color Efe. Argentina (Buenos Aires.)
- Fuster Ruiz, M.J. (2011). *La percepción del estigma en las personas con VIH: Sus efectos y formas de afrontamiento*. Universidad Nacional de educación a distancia de España.
- Gadamer, Hans Georg. (2000) *Educación es educarse*, Barcelona: Paidós, 2000.
- Hernández, A. (1991). *Estrés en la Familia Colombiana: Tensiones Típicas y Estrategias de Afrontamiento*. Tesis de Pregrado. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

- Hernández, A. (1992). *Estrés en la familia colombiana: tensiones típicas y estrategias de afrontamiento*. Rev. Familia y terapia familiar.
- Hernández C, A. (2004). *Psicoterapia sistémica breve. La construcción del cambio con individuos, parejas y Familias*: Bogotá, Ed. El Búho.
- Hernández, A. (2001). “*Familia, Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve*”. Editorial. Códice Ltda. Colombia (Bogotá)
- Hernández, A. (2008). “*Vínculos, Individuación y Ecología Humana*”. Editorial. Usta. Colombia (Bogotá)
- Hernández, A (2010). *Vínculos, individuación y ecología humana, hacia una psicología clínica compleja*. Colombia: Ed. USTA.
- Hernández, A. (2010). *Vínculos, individuación y ecología humana. Hacia una psicología clínica compleja*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Hernández, A. Estupiñan, J. y Bravo. F. (2006). *Dossier N° 1. Vínculos, ecología y redes. Maestría en psicología clínica y de la familia*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Hernández. A. y Morales, L. (2003). *Salud mental, salud pública e impacto social de la formación clínica sistémico-construccionista*. En J. Estupiñan, A. Hernández, D. Rodríguez, M. Polo, D. Garzón, M. Barragán, L. Rodríguez, M. González, L. Morales y H. Sandoval. *Construcciones en psicología compleja. Aportes y dilemas* (pp. 15-46). Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Hoffman, L. (1981). “*Fundamentos de la Terapia Familiar*”. Editorial. Fondo de Cultura Económica. México. (Distrito Federal)

Houseman, M. (2003) *Verse un modèle antropológico de la pratique psychotherapíque*.

France: Sciences de l'homme et société/psychologie.

Kenneth, H. Mayer and H.F (2008) *HIV prevention: A comprehensive approach* Ed. Pizer

Kiecolt-Glasser (1995) *Improve Health, Hypnosis may prevent immune status*.

Psychoneuroimmunology and HIV, Vol 7, Nom 2. Publication of Seattle Treatment.

Lavee, Y., McCubbin, H., & Patterson, J. (noviembre, 1985). The Double ABCX Model of Family Stress and Adaptation: An Empirical Test by Analysis of Structural Equations with Latent Variables. *Journal of Marriage and Family*, 47(4), 811-825.

Linares, J (2012). *Terapia familiar ultramoderna: la inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.

McCubbin, H, & Patterson, J. M. (1983). *The Family stress process: The double ABCX model of adjusment and adaptation*. En H. McCubbbin, M. Sussman, & J. Patterson (Eds.), *Social Stress and the Family: Advances and Development in Family Stress theory and Research* (pp. 7-37). N.Y: The Haworth Press.

Ministerio de Salud y protección social. República de Colombia (2014). Informe GARPR. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida. [En red] Disponible en: <http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//file%2C94471%2Ces..pdf>

Maturana, H., V, Forster. (1988) "*Biología, Cibernética y Comunicación*", Seminario organizado por la Asociación Sistémica de Buenos Aires, Argentina.

Maturana y Varela, (1987) *The Tree of Knowledge*. Boston New Science Library.

McCubbin HI, Figley CR. (1983). *Stress and the Family*. Vol. I: Coping with Normative Transitions. In the *Psychosocial Stress Book Series*.

- McCubbin M, McCubbin H. (1993). Family coping with health crises: The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation. In Danielson C, Hamel-Bissell B, Winstead-Fry P, editors. *Families, health and illness*. New York: Mosby;
- McCubbin, H. y McCubbin, M. (1987). *Family stress theory and assessment: The T-Double ABCX Model of Family Adjustment and Adaptation*. En H. McCubbin y A. Thompson (Eds.), *Family assessment for research and practice*. Madison: University of Wisconsin, Madison.
- Miermont, J (1993). *Ecologie de Liens*. Paris: Ed. ESF.
- Morín, E. (1994). “*Introducción al Pensamiento Complejo*”. Editorial. Gedisa. España (Barcelona)
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1977). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona, Edit. Crónica
- Montevideo (1965) *Diccionario Soviético de Filosofía* Pag56. Ed. Pueblos Unidos.
- Moreno Tamayo, K. (2001). Las pautas de apoyo y cuidado familiar como movilizaciones familiares ante el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia renal crónica USTA
- Najmanovich, D. (2001). *Dinámica Vincular: Territorios creados en el juego*. Revista *psicoanálisis de las configuraciones vinculares*. Ed, asociación argentina de psicología y psicoterapia de grupo.
- Nardone, G y Watzlawick, P. (1995). “*El Arte del Cambio*” Editorial. Herder. España (Barcelona)

Nott, K.H, Vedhara, Kand Spicket (1995). Psychology, immunology, and HIV.

Psychoneuroendocrinology.

Olson, D. (1985). Universidad de Minnesota. USA.

Ontiveros Rodríguez, A. López Rodríguez, E y Cabrera Rodríguez A. (2010). *Influencia en pacientes de las representaciones sociales sobre VIH y SIDA de los familiares*. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2010; Volumen 16, Numero (2)

Pardo Rodríguez, J. (2013). Dinamización y movilización de procesos estructurales en familias con un diagnóstico de paladar hendido y labio fisurado. PUJ

Patterson, J.M & Garwick, A.W (1994) *Theorical linkages: Family meaning and a sense of coherence*. Universoty of Winsconsin Press.

Pequegnat, W, Bauman, L. J., Bray, J. H., DiClemente, R., DiIorio, C., Hoppe, S. K., Jemmott, L. S., Krauss. B., Miles, M., Paikoff, R., Rapkin, B., Mary Jane Rotheram-Borus, M. J., & Szapocznik, J. Measurement of the role of families in prevention and adaptation to HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 5(1), 1-19

Pichón – Riviere, E (2002) *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión. 1 edición 1985.

Pittman, F. (1990) *Momentos decisivos*. Buenos Aires: Paidós.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida ONUSIDA. hoja informativa – día mundial del SIDA (2017). Tomado de: www.onuaid.org/es/resoursces/documents/2017.
www.onuaid.org/regioncountries/countries/Colombia.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. ONUSIDA (2015). *El sida en cifras 2015*. [En red] Disponible en:

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf

Puig, G y Rubio J. (2011). *Manual de resiliencia aplicada*. Barcelona: Gedisa

Rogers, C.R. Kinget, G.M. (1971). *Psicoterapia y relaciones humanas*. Madrid: Alfaguara

Silva Cuellar, A. (2008). Bastidas Legarda, J. *Dinámica Vincular de la familia con un miembro diagnosticado con parálisis cerebral y del equipo del programa de rehabilitación con hipoterapia*. USTA.

Sivigila 2014, *Sistema Nacional de Vigilancia en salud pública, informe de epidemiología en VIH en Bogotá*. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Vargas, M. (2002). *Virología Médica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Ministerio de Salud.

Vásquez, C (2001). Revista: *Sistemas Familiares* año 17, marzo 2011, Buenos Aires. *Los mitos en la terapia Familiar*

Viveros, E & Arias, L (2006). *Dinámicas internas de las familias con jefatura femenina y menores de edad en conflicto con la ley penal; características interaccionales*. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó.

Vanistendael, S. (noviembre, 2005). *La resiliencia: desde una inspiración hacia cambios prácticos. Trabajo presentado en el segundo congreso internacional de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes*, Madrid, España. Resumen recuperado de <https://www.obelen.es/upload/262D.pdf>

Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1976). *Cambio. Solución y formación de los problemas humanos*. Herder:

Watzlawick, P. (1986) *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Weakland, H y Fisch, R. (1995). “*Cambio*”. Editorial. Herder. España (Barcelona)

Weakland, J.H. Fisch, R (1992) *La táctica del cambio, como abreviar la terapia*. Barcelona: Ed. Herder.