

Trabajando con los Recursos de la Familia: Factores de Resiliencia Familiar

Roberto Pereira

Médico Psiquiatra

Director de la Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar

Sistemas Familiares. Año 26 N° 1, pp. 93-115. Julio 2010

Introducción

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre un concepto que está expandiéndose a gran velocidad en el campo sistémico, en la Terapia familiar, que se ajusta muy bien a la epistemología sistémica y que tienen una enorme fuerza: la Resiliencia familiar. Para introducir esta reflexión, partiremos de un caso del que he tenido la oportunidad de comprobar su evolución a lo largo de los años, y que me parece que puede ser una buena base para explicar el concepto.

Se trata de un caso que llegó, al Centro de Salud Mental del Servicio Público de Salud donde trabajaba. De entrada, me hizo entender la dificultad de hacer pronósticos en Psiquiatría. Años más tarde, me hizo interesarme por los factores de resiliencia familiar.

Consultó una chica de 18 años, remitida por la especialista en dermatología, con un problema de “alopecia areata de varios años de evolución”. Era la mayor de tres hermanas (una hermana de 16 a. y una hermanastra de 11 a.), y vivía con el padre y una madrastra.

(Una alopecia areata es una caída de pelo, generalmente en áreas concretas del cuero cabelludo, formando calvas de mayor o menos extensión, y que van cambiando su ubicación, de manera que, según el lugar donde se produzcan pueden pasar desapercibidas con un peinado adecuado.)

Cuando la paciente tenía 3 años, y su hermana algo más de un año, su madre se suicidó, estando sola con sus hijas en casa. Se ahorcó con un cinturón atado a la manilla de una puerta, de manera que el cuerpo quedaba a la altura del suelo. Al menos transcurrieron 90 minutos hasta que un familiar, alarmada porque nadie atendía sus llamadas ni abrían la puerta de la calle, a pesar de que oía llorar dentro a las niñas, avisó a una vecina que tenía llave, y entraron a la casa.

Podemos imaginarnos episodios más traumáticos, pero en cualquier caso éste es de la suficiente entidad como para que cualquier psiquiatra o psicólogo hubiera predicho que, sin duda ninguna, esta situación iba a producir daños estimables en el psiquismo de estas dos niñas.

(Anecdóticamente relataré que la entrevista de acogida la realizó un médico que estaba haciendo su formación psiquiátrica, un médico interno-residente en la terminología española. Cuando me presentó el caso no hizo mención del suicidio de la madre. Dada la naturaleza del síntoma le pregunté si no había algún acontecimiento traumático en torno a la fecha de comienzo de los síntomas, ya que habitualmente la alopecia en los primeros años se asocia a su presencia – ¡se te va a caer el pelo!, decimos cuando alguien ha cometido un grave error o se hace merecedor de una severa reprimenda-.

Me contestó que no. ¡Que raro!, dije, déjame ver. Comencé a leer sus notas, y en la primera página, en el apartado de antecedentes familiares, aparecía sucintamente relatada la historia y características del suicidio. ¡Le había impresionado tanto la historia que la había olvidado inmediatamente!).

A la primera entrevista, la paciente acudió sola. Arreglada y adecuada, no refería graves problemas psíquicos. Tenía este molesto problema de la alopecia, que procuraba disimular con el peinado, y que unas veces le producía más molestias que otras porque iba cambiando de sitio y de tamaño, pero que no le había impedido hasta entonces hacer una vida normal.

Había estudiado formación profesional (concretamente Peluquería), y aunque admitía de buen grado que la alopecia podía tener relación con la muerte de su madre, no había pensado consultar con un psiquiatra o psicólogo, y de hecho no lo hizo hasta que la dermatóloga que le atendía - y que había probado diversos tratamientos sin resultado alguno-, le insistió para que lo hiciera. Había estado en tratamiento psicoterapéutico individual poco tiempo antes de acudir a mi consulta, durante unas pocas sesiones, pero no le había ido bien y lo había dejado. Le angustiaba hablar de su madre biológica, pero no eludía hacerlo. Tenía novio, y refería unas buenas relaciones familiares así como con las compañeras de trabajo. Este último le gustaba, y estaba contenta de lo que hacía.

Respecto a la alopecia, cuenta que le comenzaron a salir placas de calvicie que le cambian de sitio, desde unos meses después de la muerte de la madre. Con la pubertad empeoró el cuadro, aumentando el tamaño y el número de las placas. Le había empezado a preocupar a partir de la adolescencia, antes nunca se había planteado ir a consultarlo, estaba ahí, pero no daba mucha guerra, y con el pelo largo se las arreglaba para que no fuera evidente. Tras la pubertad se había hecho más difícil esconderlo, y fue entonces cuando acudió al médico. Había seguido numerosos tratamientos sin resultados positivos. Todos le han dicho lo mismo “es una alopecia areata y el problema es de los nervios”.

Durante la entrevista inicial no se objetivó otra psicopatología que las somatizaciones. La paciente mantenía un buen contacto, su estado de ánimo era eutímico, y relataba el suicidio de su madre y su posterior evolución con una actitud adecuada. Se le propuso entonces invitar a la familia¹ a acudir con ella a las entrevistas. Antes de aceptar me preguntó si podía hablarlo previamente con ellos. No hubo objeción, y unos días mas tarde me llamó para decirme que la familia estaba de acuerdo, y que acudirían las hermanas mayores, el padre y la madrastra. Justificaba la ausencia de la pequeña en las dificultades horarias, y en que si se iba a hablar de su madre, no parecía necesario que acudiera.

¹ Cuadro 1 – Genograma Familiar

Tras aceptar el trato, comenzamos las entrevistas. En total tuvieron lugar un total de seis sesiones familiares. En ellas se habló sobre todo del suicidio de la madre, se aclararon algunas dudas que tenían las hijas, se informaron bien de lo ocurrido (incluso revisando los periódicos de esas fechas, que se habían hecho eco del asunto), y se exploró el funcionamiento familiar. Se evaluó la comunicación familiar, en general y de forma diádica. Se constató una buena comunicación a todos los niveles, aunque no se había entrado en detalles sobre la muerte de la madre. Los roles eran adecuados, no rígidos, y existía un buen entendimiento en la pareja parental. La relación madrastra-hijastra era buena, y no se registraron áreas de especial conflicto. Las hermanas mayores cuidaban de la hermanastra, y mostraban afecto hacia ella. Se aceptaban diferencias en la relación del padre con sus hijas mayores (respecto a la pequeña, estaba más pendiente de ellas), y de la madrastra con su hija biológica. La familia estaba cohesionada, y contaban con un buen apoyo externo

La familia mostraba un buen funcionamiento. El padre, hombre sencillo y algo primitivo, mantenía una relación de evidente afecto con las hijas, bastante permisiva pero sin llegar en ningún momento a desentenderse de ellas. Había permitido que su nueva esposa, que se llamaba igual que la primera, y con la que se casó menos de dos años después de su muerte, se introdujera en esa relación, e incluso jugase un papel más normativo que el suyo, sin el rechazo de sus hijas. Éstas le llamaban “madre”. Estaba afectado por lo ocurrido con su primera mujer, le costaba hablar de ello, pero no le había bloqueado ni condicionado en exceso las relaciones con su mujer e hijas.

La segunda hermana era de carácter más tímido que la primera, y se benefició más de la información en torno a la muerte de su madre, ya que tenía menos datos. Estaba estudiando, y hasta la fecha no había mostrado nunca problemas. Se llevaban bien entre las hermanas, y habían recibido contentas a la hermanastra pequeña, a quien llevaban 7 y 5 años, respectivamente.

La madrastra era una mujer de carácter, pero sin aristas, amable y atenta. Supo muy bien donde se metía desde el principio. La relación con su marido era de cierto maternaje, y con las hijastras adecuada, cordial, y respetuosa. No eludía hablar de las dificultades de la crianza, y de que aunque quería a sus tres hijas, su hija biológica tenía un especial significado para ella.

La familia había continuado teniendo una estrecha y buena relación con la familia de la madre biológica. Las hijas se habían ido a vivir con la abuela cuando la madre murió, hasta que el padre se casó, dos años después. Después, las dos hermanas continuaron acudiendo a comer a casa de la abuela al menos una vez por semana, aunque al parecer estas comidas siempre acababan con ésta llorando, aún varios años después. La abuela había dado el visto bueno al nuevo matrimonio del yerno, tras informarse sobre la bondad de la candidata, y mantenía una buena relación con la nueva Begoña, a la que había insistido en que las nietas le llamaran madre. Con frecuencia abuela y madrastra sacaban juntas a las niñas al parque y departían amistosamente mientras éstas jugaban. La abuela recibió bien a la niña pequeña (que también le llamaba, como todos en la familia, la abuela Rosalía), aunque continuó manteniendo una relación especial con sus nietas biológicas.

No habían hablado mucho del suicidio de la madre y de todo lo que rodeó a este suceso. El padre especialmente había evitado hacerlo, y de hecho, fue la madrastra la que informó a las hermanas de lo ocurrido, ante las preguntas de éstas por los comentarios de las compañeras en el colegio, sin entrar en muchos detalles. Sin embargo, fue el padre quien ya en la primera mitad de la primera entrevista abordó el tema, y a partir de ese momento se habló sin tapujos, resultando unas sesiones muy ricas en contenido y de gran emotividad. Se habló entre otras cosas de cómo el padre había sufrido no sólo por el impacto de lo ocurrido, sino también por la “maledicencia” de la gente, con comentarios acerca de su conducta y problemas en la pareja como causa inmediata del suicidio (al parecer la madre había dejado una carta suicida en la que exculpaba al marido, pero se había quedado la policía con ella y no la pudieron recuperar), que contrastaba con la actitud de la familia de origen de su mujer, que le había apoyado, y que había contribuido de manera importante

a que esa “maledicencia” fuera disolviéndose. Pudo expresar el enfado que tenía con su 1ª mujer por suicidarse y dejarle con dos niñas pequeñas. Se habló también del temor a la posible “herencia” de esta conducta, especialmente por la hermana mayor, que era “muy parecida” a su madre.

Tras estas entrevistas, en las que se constató una mejoría en la paciente y en el conocimiento y comunicación en torno a la muerte de la madre, se planteó la posibilidad de continuar profundizando sobre todo ello, o dejarlo en ese momento. La paciente reflexionó, lo discutió con la familia, y decidió no continuar. El resto de la familia estuvo de acuerdo. No se objetivaban graves motivos de preocupación, y aunque pensaba que les vendría bien unas sesiones más, no me pareció inadecuada la decisión de la paciente de no continuar profundizando. Ésta había mejorado, y se acordó que en el momento en que aparecieran problemas de nuevo volverían a acudir.

Durante varios años no tuve noticias de la familia, aunque varias veces a lo largo de ese tiempo hube de reprimir el impulso de llamarles para saber cómo iban las cosas. Finalmente, 7 años después de estas entrevistas, pidió consulta el padre.

Acudió acompañado de su mujer, presentando un cuadro leve de ansiedad y consumo moderado de alcohol, relacionado con dificultades laborales: trabajaba de manera autónoma como panadero, y estaba a punto de tener que cerrar la panadería y quedarse sin medio de vida, con escasas posibilidades de encontrar un nuevo empleo, dada su edad. No parecía tener graves problemas económicos, y pronto se vio que la solicitud de tratamiento tenía que ver tanto con la ansiedad que sentía por su situación, como con la esperanza de obtener una pensión por incapacidad que resolviera su situación laboral. De cualquier forma, su consulta me permitía enterarme por fin de cómo les había ido durante esos años.

La hermana mayor continuaba trabajando como empleada en una peluquería, tenía planes para casarse en breve, se encontraba bien y era razonablemente feliz. Al parecer, los problemas de la alopecia no se habían

vuelto a repetir. La hermana segunda había estudiado ingeniería, y en ese momento se encontraba haciendo un master en un país escandinavo, gracias a una beca que había obtenido. La pequeña seguía en el colegio sin problemas, la madrastra estaba bien, y el padre también lo había estado hasta que surgieron las dificultades laborales. La abuela Rosalía había muerto un par de años atrás, todos lo sintieron mucho, pero no tuvo especiales repercusiones. En definitiva, las cosas iban bastante bien.

De ahí que surgiera la reflexión: ¿Cuáles fueron los factores que ayudaron a estas niñas a superar el trauma del suicidio de su madre, al menos hasta la fecha? ¿Cuáles fueron factores protectores que favorecieron una buena evolución? Parecía tratarse de una familia resiliente, que se había enfrentado a una situación traumática y había salido bien librada de ella. ¿Qué factores de resiliencia familiar habían actuado como protección al menos hasta ese momento?

RESILIENCIA. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

El concepto de resiliencia aplicado al campo socio-psicológico nace en 1982, con la publicación de Werner y Smith “Vulnerables pero invencibles: un estudio longitudinal de niños y jóvenes resilientes”.

El concepto trata de expresar la capacidad de un individuo –o de una familia- para enfrentarse a circunstancias adversas, condiciones de vida difíciles, a situaciones potencialmente traumáticas y recuperarse saliendo fortalecido y con más recursos.

Es un concepto tomado prestado de la Física y de la Ingeniería de Materiales, donde se define como la capacidad de un material para recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora. Así se utiliza, por ejemplo, para valorar las capacidades de los submarinos para soportar la presión del agua al sumergirse a diferentes profundidades, recuperándose al

emerger; ningún submarino tiene la misma resiliencia que otro, por similares que sean, ni su deformación y recuperación va a ser igual si la inmersión la hacen en aguas distintas, lo que sorprendentemente nos hace pensar en algunos parecidos entre los submarinos y los seres humanos.

Emmy Werner, psicóloga estadounidense unánimemente aceptada como la creadora del concepto de resiliencia humana, lo utilizó para explicar lo que ocurría con una serie de unos 700 niños y jóvenes a los que siguió en un estudio longitudinal de más de 30 años, en Kauai, una de las islas del archipiélago de las Hawai (Werner y Smith, 1982).

En su mayoría eran niños de familias emigrantes pobres y a menudo con dificultades. A una 3ª parte de estos niños (210) se les clasificó como “de riesgo” por haber estado expuestos durante los primeros años de la vida a cuatro factores de riesgo:

- Violencia familiar
- Alcoholismo en un miembro significativo de la familia
- Problemas graves de salud
- Divorcio o enfermedad mental en la familia

Cuando se examinó su situación con 18 años, 2/3 partes de estos niños cumplían la predicción y había presentado numerosas dificultades: embarazos precoces, trastornos psiquiátricos, delincuencia, problemas de aprendizaje, etc.

Sin embargo, 1/3 de estos niños habían evolucionado bien, y se les podía calificar como “normales”.

Un seguimiento posterior de este 1/3 con 40 años mostró que excepto dos, todos los demás habían tenido éxito en su desarrollo vital.

Werner trató de determinar que factores habían favorecido la buena evolución de estos chicos, por lo que empezaron a definirse los factores de resiliencia. Werner y Smith concluyeron que las primeras experiencias vitales,

por adversas que sean, no dejan necesariamente marcas permanentes, y que la resiliencia puede darse en cualquier momento del Ciclo Vital. Años más tarde, Cyrulnik (2002) lo enuncia de una manera más bella: Un buen comienzo de la vida no determina un buen final, pero tampoco, y esto es más relevante, un mal comienzo determina un resultado vital desfavorable.

El término resiliencia es el que finalmente ha triunfado, pero no ha sido el único que se ha propuesto para denominar “el conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos, que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano, procesos que se realizan a través del tiempo, produciendo afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural” según definición de otro de los pioneros de la Resiliencia (Rutter, 1984).

Se habían propuesto términos como el de personalidad resistente, o el de invulnerabilidad. Ambos transmiten una idea de capacidad de afrontamiento de cualquier situación traumática, muy alejada de la realidad y de lo que abarca la resiliencia, que tiene sus límites (según Primo Levi, si Auschwitz hubiera durado 6 meses más, no hubiera quedado ningún superviviente para contarlos).

Quizá el término que más difusión tuvo, es el de “Coping”, cuyo significado de “hacer frente” o “arreglárselas” en situaciones complicadas, se asemejan más al de resiliencia. El término se sigue utilizando, sobre todo en las publicaciones anglosajonas, especialmente en su acepción de “enfrentarse a las dificultades”, pero parece que cada vez se impone más el de Resiliencia, es decir, la “fiabilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva” según definición del Instituto para la resiliencia infantil y familiar (ICCB, 1994).

La resiliencia distingue (a diferencia del coping) dos componentes: la capacidad para protegerse de situaciones potencialmente destructivas (como el coping), y más allá de esa resistencia a la presión, la capacidad de desarrollar una conducta vital positiva, a pesar de las difíciles circunstancias.

La resiliencia no es sinónimo de invulnerabilidad, y como señala Tomkiewicz (2004), tiene sus límites.

Variarán dependiendo de:

- La “cantidad” de agresión que deba soportarse: si la presión es masiva, o dura el tiempo necesario, raro sería la persona que pueda resistirlo: “toda resistencia tiene un límite” es una frase común.
- La cualidad de la agresión: según produzca un mayor o menor grado de afectación vital.
- La imprevisibilidad o previsibilidad de la situación traumática: según esté o no vinculada al ciclo vital, es decir, que estén o no dentro del “orden natural” de la vida.

De acuerdo con los estudios de sucesos vitales significativos (Murray-Parkes, 1988) los más peligrosos para la integridad psíquica de las personas son aquellos que:

- Requieren que las personas revisen profundamente su visión del mundo.
- Son duraderos en sus efectos
- Sobrevienen bruscamente, sin tiempo para la preparación.

De ahí que, por ejemplo, la muerte (suceso duradero donde los haya), ocurrida de manera imprevista e inesperada, de una persona que nos cambie mucho la vida, será el suceso vital significativo que con más frecuencia nos desorganiza la vida (en las escalas de sucesos vitales significativos, los dos primeros lugares están generalmente ocupados por la muerte de un hijo o del cónyuge).

Michaud (1999) señala 4 ámbitos en los que puede darse la resiliencia:

- Biológico: desventajas somáticas congénitas y adquiridas, enfermedades invalidantes (S. Hawkins).
- Familiar: maltrato, abuso, familias desorganizadas o caotizantes (Linares, 2002), ausentes, trianguladoras, deprivadoras, etc.
- Microsocial: miseria, desempleo, emigración, etc.
- Macrosocial: catástrofes naturales, guerras, deportaciones masivas, limpiezas étnicas, etc.

Ámbitos que podrían resumirse en Individual, Familiar y Social, que pueden entremezclarse y combinarse entres sí, incrementando los riesgos de sufrimiento.

La resiliencia es un proceso dinámico, que tiene lugar a lo largo del tiempo, y se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno, entre la familia y el medio social. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y personalidad de cada individuo, funcionalidad y estructura familiar, y puede variar con el transcurso del tiempo y con los cambios del contexto.

Ahora bien, resiliencia implica algo más que sobrevivir, más o menos indemne, al acontecimiento traumático, a las circunstancias adversas. Incluye la capacidad de ser transformado por ellas e incluso construir sobre ellas, dotándolas de sentido, y permitiendo no sólo continuar viviendo, sino tener éxito en algún aspecto vital y poder disfrutar de la vida.

La resiliencia se forja a causa de la adversidad, las dificultades a las que nos enfrentamos en la vida ayudan a que aparezca lo mejor que hay en nosotros cuando somos capaces de superarlas. Una crisis en un peligro y una oportunidad: si se superan, las personas, los sistemas, salen reforzados de la experiencia y con nuevos recursos. Confrontar a los seres humanos con

circunstancias adversas, con dificultades, para que puedan encontrar en sí mismos los recursos para hacerlos frente es un proceso formativo muy utilizado y reivindicado por numerosas escuelas filosóficas y educativas. Si lo pensamos bien esta es la base de la psicoterapia: ayudar a los pacientes y a las familias a encontrar sus propios recursos para enfrentarse a sus problemas.

La resiliencia se construye en la relación. Ningún niño, joven o adulto puede volverse resiliente por sí solo, necesita a los otros. Necesita sentirse estimado y respetado, cómodo y respaldado, para que pueda valorarse y tener respeto y confianza en sí mismo y pueda respetar a los demás.

Poner el acento en la resiliencia implica modificar el modelo en el que tradicionalmente se ha basado el estudio de la disfunción, el trauma y la enfermedad. De un modelo basado en las situaciones de riesgo y en la inevitabilidad de los efectos de la exposición a la situación traumática, se pasa a un modelo centrado en las potencialidades y los recursos que tienen todos y cada uno de los seres humanos, en sí mismos y en su entorno, para ser capaces de afrontar la adversidad saliendo fortalecido de la experiencia.

Las estrategias de fomento de la resiliencia se orientarán hacia la promoción de ventajas y aspectos positivos de la ecología del individuo y de la familia, además naturalmente, de reducir los factores de riesgo. Junto al tratamiento de la patología, resultará inevitable promover procesos de desarrollo humano y de encaje sociofamiliar.

Factores de riesgo, factores protectores

Hemos diferenciado el enfoque de riesgo y el enfoque de resiliencia: son enfoques distintos, pero en cierta manera complementarios. Verlos conjuntamente aporta una visión global que amplía notablemente las posibilidades de intervención: hasta ahora, las intervenciones (psicológicas, médicas, psicoterapéuticas) se han centrado casi exclusivamente en los factores de riesgo de enfermar. El enfoque resiliente busca ampliar esta

intervención ampliándola a la promoción de los factores protectores de resiliencia, sin abandonar la intervención sobre los de riesgo.

Ambos enfoques se complementan y enriquecen, permitiendo no sólo un mejor diagnóstico de los problemas, sino la implementación de intervenciones más eficaces.

Los factores de riesgo son todas aquellas características innatas o adquiridas, individuales, familiares o sociales que incrementan la posibilidad de sufrimiento, disfunciones y desajustes.

Así aquí se incluirían las situaciones vitales estresantes –pérdidas, agresiones, traumatismos-, la manera en la que se producen –esperadas o inesperadas- y el lugar donde ocurren, lo que nos remite a los ámbitos señalados anteriormente: biológico o individual, familiar y micro o macrosocial.

Los factores protectores son aquellas características, hechos o situaciones que elevan la capacidad para enfrentarse a circunstancias adversas y disminuye la posibilidad de disfunciones y desajustes bio-psico-sociales, aún bajo el efecto de factores de riesgo.

¿Cuáles son los hasta ahora identificados Factores Protectores?

Para Cyrulnik y colaboradores, el principal es contar con un Tutor de Resiliencia. Un tutor de resiliencia es una figura con la que se crean relaciones de apego. Sería habitualmente la madre, el padre el hermano mayor, los abuelos, u otra figura adulta, que ocupe el lugar de los adultos significativos de un niño, un joven o un adulto, por desaparición de éstos o porque su comportamiento genera dolor o sufrimiento en lugar de apoyo y protección. La relación con este tutor de resiliencia permite entretejer una relación de apego segura, dar sentido a lo ocurrido y generar esperanzas de alcanzar una vida mejor. Otros tutores pueden ser otros miembros de las familias, educadores, cuidadores, familias de acogida, profesores, psicoterapeutas, profesionales de la salud, etc. (Curiosamente, los tutores de resiliencia se han buscado en la

mayor parte de las publicaciones, fuera del ámbito de la familia; no ha sido hasta hace no muchos años, que se ha comenzado a ver a la familia como fuente de resiliencia, quizá porque la mayor parte de los estudios se han hecho sobre niños abandonados, carenciados o traumatizados a menudo por la propia familia).

Además de contar con un Tutor de Resiliencia, una serie de características individuales* se describen como factores protectores:

- Habilidades relacionales: Capacidad de establecer relaciones y vínculos con otras personas, que incrementan las posibilidades de obtención de recursos. Un niño o joven simpático y sociable, dispondrá de más recursos que otro huraño y esquivo.
- Creatividad: Capacidad de traducir el dolor y el desorden en orden y belleza. La tan manida relación entre sufrimiento y creación artística subyace en este factor protector. La capacidad de sublimación del sufrimiento transformándolo en creación artística.
- Humor: Ser capaz de reírse de la propia tragedia, extraer lo que de humorístico tiene una situación que nos afecta, es un factor proyector de 1º orden para sobreponerse a la dificultad. Tener la capacidad de reírse de sí mismo.
- Autonomía: Capacidad de mantener los límites entre uno mismo y los problemas, no fundirse con las situaciones adversas de manera que resulten imposible poner distancia con ellos.
- Iniciativa: Capacidad de autoexigencia y de ponerse a prueba en tareas cada vez más complejas.
- Introspección: Capacidad de preguntarse a sí mismo y responderse.

² Cuadro 2 – Factores Protectores Individuales

- Sentido moral: Capacidad de comprometerse con valores.
- Confianza en uno mismo: Para muchos autores, el factor protector por excelencia es la confianza en que uno va a ser capaz de superar las adversidades, fruto de la interacción con el tutor de resiliencia.
- Capacidad de dar sentido a lo acontecido

Los factores familiares los examinaremos posteriormente, al hablar de Resiliencia Familiar.

Los factores sociales se sustentan especialmente en la existencia de redes sociales protectoras que permitan sustituir la pérdida de personas significativas y apoyar y ayudar en la adversidad.

La resiliencia no tiene relación con el nivel socioeconómico, pero sí con la densidad de las redes: tanto familias de alto nivel socioeconómico como las de más bajo nivel pueden coincidir en un aislamiento social que dificulte la resiliencia ante la adversidad. Así, si el sistema familiar falla, otros sistemas más amplios – escuela, organización de acogimiento – pueden proveer de protección, facilitando la resiliencia.

Serían factores protectores, en la relación con el medio externo³:

- Límites claros y permeables, que fomenten la autonomía, pero que permitan el acceso a fuentes de apoyo y ayuda en el medio socio-cultural
- Pertenencia a Organizaciones que proveen de un marco claro y continuo de relaciones: organizaciones religiosas o socio-políticas pueden proveer de un apoyo relacional que actúe como factor protector.

Serían factores protectores, propios del medio externo:

³ Cuadro 3 – Factores Protectores del Medio Externo

- Presencia de un entorno cultural intensamente ritualizado que disminuye la sensación de estar en manos de los acontecimientos y aumento los recursos para enfrentarse a situaciones potencialmente destructivas.
- Aprobación social: La aprobación y agradecimiento de la sociedad ante una determinada conducta (por ejemplo guerras) disminuye el impacto traumático de éstos).
- Un nivel elevado de participación comunitaria, unido al sentimiento social de ser capaces de superar las dificultades.

Simultáneamente, la reprobación social, la humillación o la vergüenza (Sluzki, 2002) pueden agravar notablemente la repercusión que sobre los individuos, familias o grupos sociales tiene una determinada conducta o situación.

Si como hemos dicho, el enfoque de la resiliencia entiende el desarrollo humano como una interacción continua con otros seres humanos y con el medio, para entender mejor el proceso resiliente y la manera más adecuada de fomentarlo, será necesario conocer la naturaleza de las relaciones, el medio ambiente y la cultura en las que está inmerso el individuo, además del momento de su ciclo vital y las tareas específicas que corresponden a cada uno de los momentos de ese desarrollo. Esto pone en estrecha relación el modelo de resiliencia con el modelo sistémico, con el que comparte no sólo esta importancia decisiva de la interacción, y la situación en un contexto ecológico, sino también el poner el acento en las capacidades (de la familia, del sistema) para solucionar las crisis: los procesos de adaptación al cambio, morfogenéticos, según la terminología de Wertheim (1975).

Además, es necesario tener en cuenta una cuestión fundamental como es la construcción social de un factor estresante. Como ha señalado Kagan (1984), el efecto sobre un niño de un factor de este tipo (divorcio complicado, ausencias prolongadas, maltrato físico) depende en gran medida de la manera como éste interprete tales sucesos. Pero esta interpretación va a estar sin duda

influida por lo que le transmiten los que le rodean y por cómo éstos entienden, sienten y comunican lo ocurrido. El mismo acontecimiento puede ser asumido y por tanto transmitido como un suceso desgraciado pero dentro del orden natural de la vida, o bien como un acontecimiento trágico y dramático con una extraordinaria carga emocional que crea una situación difícil de superar.

Resiliencia Familiar

Pese a que hay un consenso en considerar que la resiliencia no puede nacer, crecer ni desarrollarse más que en la relación, las investigaciones, los estudios y la mayor parte de las publicaciones se han centrado en el estudio del individuo resiliente, y en los factores protectores y de riesgo, y muy pocas en el estudio de la interacción de los individuos resilientes con su entorno más cercano o con el medio social. Como máximo, ese estudio interaccional se ha centrado en las relaciones diádicas –de apego, con el “tutor de resiliencia” (Cyrułnik, 2002)- y sólo recientemente se introduce la perspectiva triádica; merced en buena parte a las aportaciones de Corboz y Fivaz (1999), y de sus estudios sobre la relación temprana del niño con sus padres.

Por otro lado, el modelo sistémico, tras la superación del modelo inicial basado en la homeostasis, ha prestado especial atención a las fuerzas “morfogenéticas” del sistema (Werthamer, 1975), impulsoras de cambios adaptativos. Estos cambios se producen de manera continua, por la evolución de los individuos que conforman el sistema, o del medio externo en el que está inmerso. Hay momentos de cambios de mayor intensidad, a los que tradicionalmente llamamos “crisis”. Estas “crisis” pueden producirse de manera esperada o inesperada (Caplan, 1985), según lo hagan insertas en el “ciclo vital”, o de una manera ajena al “orden natural” de la vida.

Ingente literatura sistémica y de terapia familiar ha estudiado las disfunciones que pueden aparecer en las crisis esperadas –asociadas al ciclo vital- y a la manera más eficiente de abordarlas y resolverlas, a su patología y su terapéutica.

Más tardío ha sido el interés del campo sistémico por el estudio de las crisis inesperadas, de aquellas que por sus características a menudo se les denomina traumáticas, por sus repercusiones en el sistema familiar, y por las intervenciones más eficaces para resolverlas. Bien es verdad que aunque más tardía, la literatura sistémica sobre, por ejemplo, los efectos de la violencia intrafamiliar y los abusos sexuales ha sido importante. Menor ha sido la dedicada a otros factores de riesgo traumático como la pérdida y el duelo (Pereira, 2002) y menos aún a los factores relacionados con lo micro y macrosocial: emigración, catástrofes naturales, guerras, etc.

Tampoco se ha puesto mucha atención a los factores o fuerzas que favorecen la resiliencia familiar.

No es hasta muy recientemente, coincidiendo con el éxito y la divulgación del concepto de resiliencia, que el campo sistémico ha ido incrementando su interés por la resiliencia (Walsh, 1988; Delage, 2004) y simultáneamente se ha ido reconociendo la importancia fundamental de las aportaciones sistémicas al concepto de resiliencia (Cyrulnik 2003, 2005).

Definición

Podríamos definir la Resiliencia Familiar como la capacidad de una familia para recuperarse de circunstancias adversas y salir de ellas fortalecida y con mayores recursos para afrontar otras dificultades de la vida. Más en concreto, designaría “los procesos de superación y adaptación que tienen lugar en la familia como unidad funcional” (Walsh, 1988).

La aplicación del modelo sistémico amplía inevitablemente el foco – recordemos el “macroscopio de Rosnay (1977) - con el que examinaremos la situación, **definida como** traumática y los efectos que produce (más adelante examinaremos las implicaciones de éste **definida como**). Así, entenderemos que la exposición a una situación traumática no afecta únicamente a los

individuos que eventualmente se enfrentan a ella, sino también al conjunto de los miembros del sistema relacional.

Señala Cyrulnik cómo en ocasiones no son las personas directamente implicadas en una experiencia traumática las que resultan más afectadas, sino sus cónyuges u otros familiares cercanos, ya que, en su opinión, “no es el acontecimiento traumático lo que se transmite y altera a la persona próxima, sino su representación”. Cuando el herido tiene un entorno bien constituido, a veces supera mejor el trauma que la persona próxima, a la que consideramos protegida y por ello abandonamos al horror de lo que imagina”. (Cyrulnik, 2005. p. 112).

De la misma manera, los recursos que tiene un sistema familiar para adaptarse a las “crisis”, a los grandes “cambios de reglas” (las fuerzas morfogenéticas) inferirán determinadamente en las posibilidades de uno de sus miembros (o de toda la familia) para salir bien librado, de manera resiliente, de la situación traumática. Patterson (1983) afirma, por ejemplo, que los factores estresantes afectan a los niños en la medida que interrumpen los procesos decisivos en la familia. Añadiríamos que les afecta también en la medida que la familia considere esos factores como “traumáticos”, o el sentido que le den tenga unas implicaciones más sencillas de absorber y superar.

Podemos distinguir dos tipos distintos de abordaje de la resiliencia familiar (Anaut, 2002). En el modelo más tradicional, el objetivo es estudiar los factores familiares –estructura y funcionamiento familiar, tipos de relación, reglas comunicacionales, etc.- que facilitan la aparición de la resiliencia **en los individuos** que la componen. Así, el foco se proyectará sobre las características de la familia –la calidad de las relaciones, la nutrición afectiva provista o la estabilidad de la estructura familiar- y, se estudiará el efecto de estas características sobre la resiliencia de los individuos afectados.

Este es un modelo llamémosle más tradicional, que no tiene en cuenta algunas de las características del funcionamiento de los sistemas abiertos.

El segundo caso, más innovador, insertado dentro de la epistemología sistémica, es el que centra su atención en la familia resiliente, en la resiliencia de la familia en su totalidad. Se preocupa por determinar cuáles son los mecanismos del funcionamiento familiar que actúan como factores de protección de la resiliencia, y cuáles se pueden definir como factores de riesgo, de manera que pueda actuarse promoviendo los primeros y disminuyendo los segundos.

Ahora bien, debe aclararse que la R.F. no se puede determinar en un momento concreto, ante una situación singular. Cada una de ellas será distinta, y los recursos de los que dispone la familia en ese momento no serán los mismos que el mes o el año anterior. La resiliencia familiar es un Proceso, que se extiende a lo largo de numerosas interacciones que se desarrollan a lo largo del tiempo.

Es un proceso de adaptación a la nueva situación creada tras el enfrentamiento con la situación potencialmente traumática, que exigiría reorganizar el funcionamiento familiar, los canales de comunicación, redistribuir roles, movilizar los afectos y la capacidad de escuchar, empatía y reconocimiento.

A pesar de esta dificultad, hay una serie de características del funcionamiento familiar que “facilitan” el proceso de Resiliencia Familiar, y unos factores de riesgo que lo dificultan.

Los factores de riesgo no son diferentes a los ya nombrados brevemente, que hemos clasificado en factores individuales, familiares, micro y macro sociales. Examinaremos con más detenimiento los factores protectores.

Factores protectores de Resiliencia Familiar

Quizá uno de los primeros autores sistémicos que se refirió a estos factores de protección fue Bowen (1989), al hablar de la repercusión que tiene

en la familia un acontecimiento grave, en concreto refiriéndose a la pérdida de un miembro significativo de la familia.

Según Bowen, este acontecimiento estresante genera una “onda de choque emocional” que constituye una red de “postconmociones” subterráneas que pueden ocurrir en cualquier lugar del sistema familiar extenso, meses o años después de producirse acontecimientos emocionales serios en una familia. Aparecen muy frecuentemente tras la muerte o amenaza de muerte de un miembro significativo de la familia, pero pueden producirse después de pérdidas de otras clases.

Los síntomas de una “onda de choque emocional” pueden cursar con cualquier problema humano. Pueden abarcar todo el aspecto de enfermedades físicas y todo el rango de síntomas emocionales o disfunciones sociales.

El tiempo que necesita una familia para establecer un nuevo equilibrio emocional (tras una pérdida) depende de la integración emocional de la familia y la intensidad de la alteración.

Así, la integración familiar aparece como un factor protector, al igual que una comunicación abierta entre sus miembros, y una buena adaptación de la familia al medio.

Haciendo un inciso en la exposición, Bowen señala en el mismo artículo, que la muerte, aún en circunstancias traumáticas, de un miembro “patológico” del sistema familiar, aún en el caso de suicidio, tiene mucha menos repercusión en el sistema familiar que la muerte de un miembro significativo de éste, lo que nos aporta un interesante punto de vista para entender la evolución del caso del que venimos hablando (Bowen, 1989, p. 60).

Hay bastante consenso respecto a los factores protectores de la Resiliencia Familiar que tienen que ver con la comunicación, organización y funcionalidad familiar. No lo hay tanto respecto a los factores relacionados con

las creencias compartidas (Walsh, 1998) o la vida psíquica de la familia (Delage, 2004)

Son factores protectores⁴:

- Una comunicación clara y abierta entre los miembros del Sistema Familiar, que permita una Expresión franca de emociones y sentimientos.
- Solidaridad y colaboración en el enfrentamiento y la resolución de problemas.
- Una suficiente cohesión de la estructura familiar, que permita afrontar los problemas sin que la familia se rompa.
- Una organización familiar flexible que permita cambios adaptativos con suficiente rapidez.
- Una adecuada comunicación con el medio externo y existencia de una red social de apoyo.

En definitiva, y como diría Linares, una relación amorosa que provea de la adecuada nutrición afectiva.

El desacuerdo lo encontramos respecto al “significado” que se le da a la situación traumática y a la actitud compartida ante la adversidad.

Werner (1993) afirmó que el elemento primordial para una resiliencia eficaz es el sentimiento de confianza en las propias capacidades, “confianza en sí mismo” para enfrentarse a los problemas.

Cyulnik cree que el dotar de significado lo ocurrido es el elemento protector más importante y que “la posibilidad de regresar a los lugares donde

⁴ Cuadro 4 – Factores Protectores de Resiliencia Familiar

se hallan los afectos, las actividades y las palabras que la sociedad disponen ocasiones en torno al herido, ofrece las guías de resiliencia que habrán de permitirle proseguir un desarrollo alterado por la herida” (2002, p. 27)

Walsh (1998), cree que el sistema de creencias de la familia es clave para la R.F. Entre estas creencias compartidas incluye el dotar de sentido a la adversidad, tener una perspectiva positiva ante las dificultades, y compartir un sentido de trascendencia y de espiritualidad de la vida.

Delage, plantea que además de una buena funcionalidad familiar, la necesidad de una vida psíquica colectiva en la familia, con “una actividad narrativa que permita el trabajo de vinculación, de representación, de dar un sentido a la historia válido para todos y cada uno de los miembros de la familia (2004, p. 343).

Efectivamente, el significado que la familia o el medio social otorga a lo ocurrido, a la conducta mantenida, a la inevitabilidad o no del trauma, al alcance que tiene en el entorno, van a ser determinantes. Hasta el punto de que Cyrulnik afirma que “La estructura de la agresión explica los daños provocados por el primer golpe, la herida o la carencia. Sin embargo, será la significación que ese golpe haya de adquirir más tarde en la historia personal del magullado y en su contexto familiar y social lo que explique los devastadores efectos del segundo golpe, el que provoca el trauma” (2002, p. 27).

Es decir, no bastaría la herida, la privación, la pérdida para causar el trauma. Si a esas circunstancias no se le asocia una determinada atribución de significado, de origen relacional, emitido por una persona o grupo relevante para el individuo o la familia, no se instalaría el trauma. Hace falta ese “segundo golpe” del que habla Cyrulnik.

Sluzki propone un proceso parecido, en el que la “humillación” sería la acompañante fundamental de la herida para generar el trauma. Plantea que “en

toda situación traumática, la presencia o ausencia y la calidad de una experiencia agregada de humillación va a depender de variables ligadas a la intencionalidad atribuida....lo que suele relacionarse con el comportamiento social de nuestra red personal y de las instancias sociales de apoyo”. Y más adelante, “la intensidad y calidad de los contactos sociales....constituyen tanto señales como barómetros de los grados de responsabilidad atribuida a nuestros actos y circunstancias. Y cuanto más seamos definidos como culpables por el comportamiento colectivo, tanto mayor será la experiencia de humillación” (2002, p. 12-13).

Es entonces el “comportamiento de nuestra red personal y de las instancias sociales de apoyo”, la que va a determinar en buena manera la conversión de un acontecimiento adverso en una situación traumática. Esta atribución de significado, inserta en una narrativa culpabilizadora, desconfirmadora o humillante, va a marcarnos la pauta de por donde debemos orientar una intervención que promueva la resiliencia familiar.

Esta intervención sobre la actividad narrativa familiar, que permita el reconocimiento del sufrimiento, que dote de un sentido a lo ocurrido, y de un significado que pueda ser aceptado por todos los miembros de la familia, y mejora aún, por la red social, se constituye en un factor esencial de la Resiliencia Familiar, y de gran importancia a la hora de establecer una intervención terapéutica que la favorezca.

La intervención para favorecer la R.F.

Ante una situación traumática, que ha producido un profundo impacto en el funcionamiento, organización, comunicación, emociones y sistema de creencia, de una familia, ésta se va a encontrar en una situación de inseguridad, de pérdida de referentes, de confusión y ansiedad, por lo que de entrada, la intervención terapéutica tiene que proveer de un contexto contenedor, que proporcione ese reaseguramiento necesario para la estabilidad del sistema, que puede proceder entonces a los cambios necesarios para adaptarse a la nueva situación.

Cuando se haya creado ese contexto “seguro” se procederá a favorecer las modificaciones necesarias en el funcionamiento y la organización familiar, mientras que simultáneamente debe fomentarse el desarrollo de una actividad narrativa que cree una historia común, que pueda ser compartida y aceptada por todos, que dé un sentido a lo ocurrido, que permita una salida positiva de la situación estresante, que permita el crecimiento de la familia y de todos y cada uno de sus miembros, es decir, que la resiliencia no sea a costa del sufrimiento, el handicap o el déficit de uno o más de las miembros del sistema familiar.

Hablamos entonces de tres pasos⁵:

- Creación de un contexto en el que los miembros de la familia se sientan “seguros” para poder expresarse con libertad.
- Modificaciones del funcionamiento y la organización familiar (comunicación, roles, reglas, etc.), que permita realizar cambios adaptativos.
- Creación de una narrativa común, solidaria con todos, que permita el reconocimiento del sufrimiento, dar un sentido a lo ocurrido y salir adelante con nuevos recursos para enfrentarse a la adversidad.

Este trabajo narrativo, debe permitir, como señala Delage, una actividad de unión, de conexión, de puesta en común de las representaciones de la situación traumática, un ordenamiento de las historias comunes y de lo vivido por cada uno de sus miembros, y un relanzamiento de su actividad psíquica individual (2004, p.345).

Permitir la exposición de lo ocurrido, unido al reconocimiento del sufrimiento no sólo tiene un efecto inmediato sobre la persona que lo ha padecido, sino que puede tenerlo de manera importante sobre la familia y sus

⁵ Cuadro 5 –Intervención en 3 pasos

descendientes, ya que es bien conocido el efecto transgeneracional de traumatismos que para evitar el dolor, la culpabilidad o la vergüenza se han ocultado, convirtiéndose en secretos familiares que pueden desencadenar consecuencias a través de las generaciones. El relato de la agresión resulta útil desde el momento en el que el herido se sienta no sólo escuchado, sino creído, aceptado y estimado; cuando el relato no genera empatía sino rechazo, disgusto o desesperación, la resiliencia no es posible. De ahí que, a menudo, resulta más fácil encontrar factores de resiliencia fuera de la familia: si ésta está también herida, perturbada por la onda de choque emocional, probablemente no pueda prestar la ayuda, el apoyo que el herido necesita. De ello se deduce la importancia, la necesidad de modificar la narrativa familiar si ésta es insolidaria, incrédula o moralizante, ya que ésta actitud hace muy difícil la resiliencia. Ahora bien: no hay que hacer de la presencia de este relato una condición "sine qua non". No es imprescindible buscar el relato de la situación traumática, sino que es más útil "el empoderamiento": facilitar la asunción de recursos, la capacidad de manejarse a sí mismo y de influir sobre el contexto.

Factores protectores a considerar en el caso

Centrándonos en nuestro caso, nos encontramos que además de los factores generales debemos considerar los específicos de una familia reconstituida. Encontramos entonces algunos factores considerados como protectores y de buen pronóstico para la reconstrucción familiar, y con otros que por el contrario serían factores de riesgo de una mala evolución.

Entre estos últimos tendríamos los siguientes:

- Cortos intervalos entre los matrimonios: las relaciones del padre con su nueva pareja comenzaron pocos meses después, y se casaron dos años después del suicidio de su primera esposa.

- Dificultad para la elaboración del duelo: las características de la muerte con la atribución social de culpa, y el morbo que la rodeó, hacen el duelo más

difícil. Igualmente, las circunstancias especialmente traumáticas que rodearon a la muerte de la madre, sola con las hijas en casa, auguraban una especial dificultad en este aspecto.

- Sustitución de la madre: el padre busca una mujer que se llama como la anterior (aunque muy distinta en su forma de ser), que tiene claro que va a cuidar de las hijas de su marido, y a quien sus hijastras llaman madre, hacen pensar en que no se está pensando en crear una nueva familia, sino en sustituir a la madre en la familia anterior. Se añade a esto una circunstancia personal de la madrastra: ésta creció como la mayor de cinco hermanos, pero hubo una hermana mayor que ella que murió con 15 días, el mismo día que ella nació, pero dos años antes. Además de la coincidencia con el aniversario, le pusieron el mismo nombre de su hermana muerta. Es decir, que era la segunda vez que sustituía a una muerta del mismo nombre. (No sólo este. Su siguiente hermana, nació **el mismo día en que había nacido la primera Begoña** y murió en un accidente –le arrastró una ola, un golpe de mar- cuando tenía 19 años. En el accidente murió una amiga, **que también se llamaba Begoña**¹).

- Entre los factores de riesgo generales tendríamos el de la escasa comunicación acerca de la situación traumática, aunque no había llegado a configurarse como un secreto familiar, ni se había negado información cuando expresamente se había pedido. Es decir, que aunque no se había hablado abiertamente, tampoco se había prohibido el tema, y la actitud de todos no ocultaba la tragedia.

Los factores protectores que habrían favorecido una buena evolución son:

- La buena relación entre el padre y su nueva pareja, central en la construcción de una familia reconstituida, que genera un sistema familiar con una estructura estable y cohesionada, bien integrada, y con buena adaptación al medio.

¹ Cuadro 1 – Genograma Familiar

- La corta edad de las hijas: refleja la incidencia del ciclo vital. Cuanto más pequeñas, mejor evolución.

- La autorización expresa del padre a su nueva esposa para ejercer un rol maternal, delegando en ella una buena parte de la autoridad parental. Escasa interferencia del padre en la relación directa entre madrastra e hijas.

- Una organización familiar flexible, que se adapta a los cambios con rapidez.

- Una comunicación abierta con el medio social, con una buena red de apoyo.

- El mantenimiento de la relación con la familia materna, la buena calidad de ésta, la desculpabilización del marido como causante del suicidio de su hija, la autorización y apoyo por parte de la abuela materna al nuevo matrimonio de su yerno, y a la asunción del rol maternal por parte de la madrastra, son factores que parecen configurarse como de una importancia capital para entender la resiliencia de este sistema familiar.

Este apoyo se simboliza en la actitud de la abuela materna. Ésta acoge a las nietas mientras el padre está solo. Combate con su actitud y su conducta las atribuciones de culpa a su yerno, y da el visto bueno a su nueva pareja. Una vez que se casan, permite la vuelta de las niñas al hogar paterno sin problemas, y estimula una relación maternal entre madrastra y niñas, sin perder en ningún momento la estrecha relación con éstas, ni con la familia completa. La abuela se convierte así en la principal facilitadora de la reconstrucción familiar. Lo que al parecer no pudo conseguir en la primera oportunidad, con su hija, lo hace en la segunda, con la familia de las hijas de su hija, y con la que ocupa el lugar de ésta. Les ha ayudado a generar nuevos significados vitales en torno a la nueva familia, a reforzar su autoestima, y a proyectar en el futuro las capacidades de la nueva familia, factores todos ellos generadores de resiliencia familiar.

Esta actitud, unida a la relación amorosa entre padre e hijas, así como en la nueva pareja, junto con la asunción del rol de cuidadora de la madrastra, y la adecuada relación establecida con sus hijastras, fueron sin duda los factores de resiliencia que protegieron a ésta familia de una peor evolución tras la trágica muerte de la madre.

Terminaremos con un resumen tomado de Walsh (1988), que sintetiza lo que la autora llama los principios básicos de la Resiliencia Familiar:

- Todas las familias tienen posibilidades de resiliencia
- La resiliencia individual se comprende y favorece mejor en el contexto de la familia y del mundo social en general, entendiéndolo como la interacción de procesos individuales, familiares y ambientales.
- Los procesos familiares adaptados fomentan la resiliencia, amortiguando el estrés y facilitando la recuperación individual.
- Los procesos familiares inadaptados aumentan la vulnerabilidad y el riesgo de traumatismo individual y desajuste familiar.
- Las situaciones de crisis, puntuales o continuadas afectan a toda la familia, afectando tanto a sus miembros como el funcionamiento familiar.

Según como enfrente una familia las crisis que se le plantean, los mismos factores estresantes pueden dar lugar a distintas consecuencias.

Referencias Bibliográficas

Anaut, M. (2002): *La Resilience. Surmonter les traumatismes*. Nathan-Université. París.

Bowen, M. (1989): *La terapia familiar en la práctica clínica*. Desclée de Brower, Bilbao.

Caplan, G. (1985): *Principios de Psiquiatría preventiva*. Paidós, Barcelona.

Corboz, A. y Fivaz, E. (1999): The Primary Triangle. A developmental systems view of fathers, mothers, and infants. Basic Books, N. York.

Cyrlunik, B (2002): *Los patitos feos*. Gedisa, Barcelona

Cyrlunik, B (2003): *El murmullo de los fantasmas*. Gedisa, Barcelona.

Cyrlunik, B (2005): *El amor que nos cura*. Gedisa, Barcelona.

Kagan, J. (1984): *The nature of the Chile*. Basic Books. N. York.

Linares, J.L. (2002): *Del abuso y otros desmanes*. Paidós. Barcelona.

Michaud, P.A. (1999): *La résilience, un regard neuf sur les soins et la prévention*, en Arch. Pédiatriques, 6, págs. 827-831.

Parkes, C.M. (1988): *Bereavement as a Psychosocial Transition: Processes of adaptation to change*. J. of Social Issues, 44, 3: 53-65.

Patterson, G. (1983): *Stress: a change agent for family process*. En N. Gaunezy y M. Rutter eds.: *Stress, coping and development in children*. McGraw & Hill, N.Y.

Pereira, R. (2001): *Familias Reconstituidas: la pérdida como punto de partida*. II Congreso Virtual de Psiquiatría. www.interpsiquis.com/2001/areas/at23

Pereira, R. (2002): *Duelo: desde el punto de vista individual al familiar*. Sistemas Familiares, 18, 1-2: 48-61.

Pittman III, F. (1995): *Momentos decisivos: tratamiento de las familias en situaciones de crisis*. Ed. Paidós, Barcelona.

Rosnay, J. (1977): *El Macroscopio*. AC, Madrid.

Rutter, M. (1985): *Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder*. Bv. J. of Psych., 147: 589-611.

Sluzki, C. (2002): *Humillación, crisis y red social*. Sistemas Familiares, 18,3: 5-17.

Tomkiewicz, S. (2004): *El surgimiento el concepto*. En B. Cyrulnik y otros, *El realismo de la esperanza*, p.p. 33-50. Gedisa, Barcelona.

Visher, E. y Visher, J. (1988): *Old loyalties, new ties: Therapeutic strategies with stepfamilies*. Brunner/Mazel, N. York,

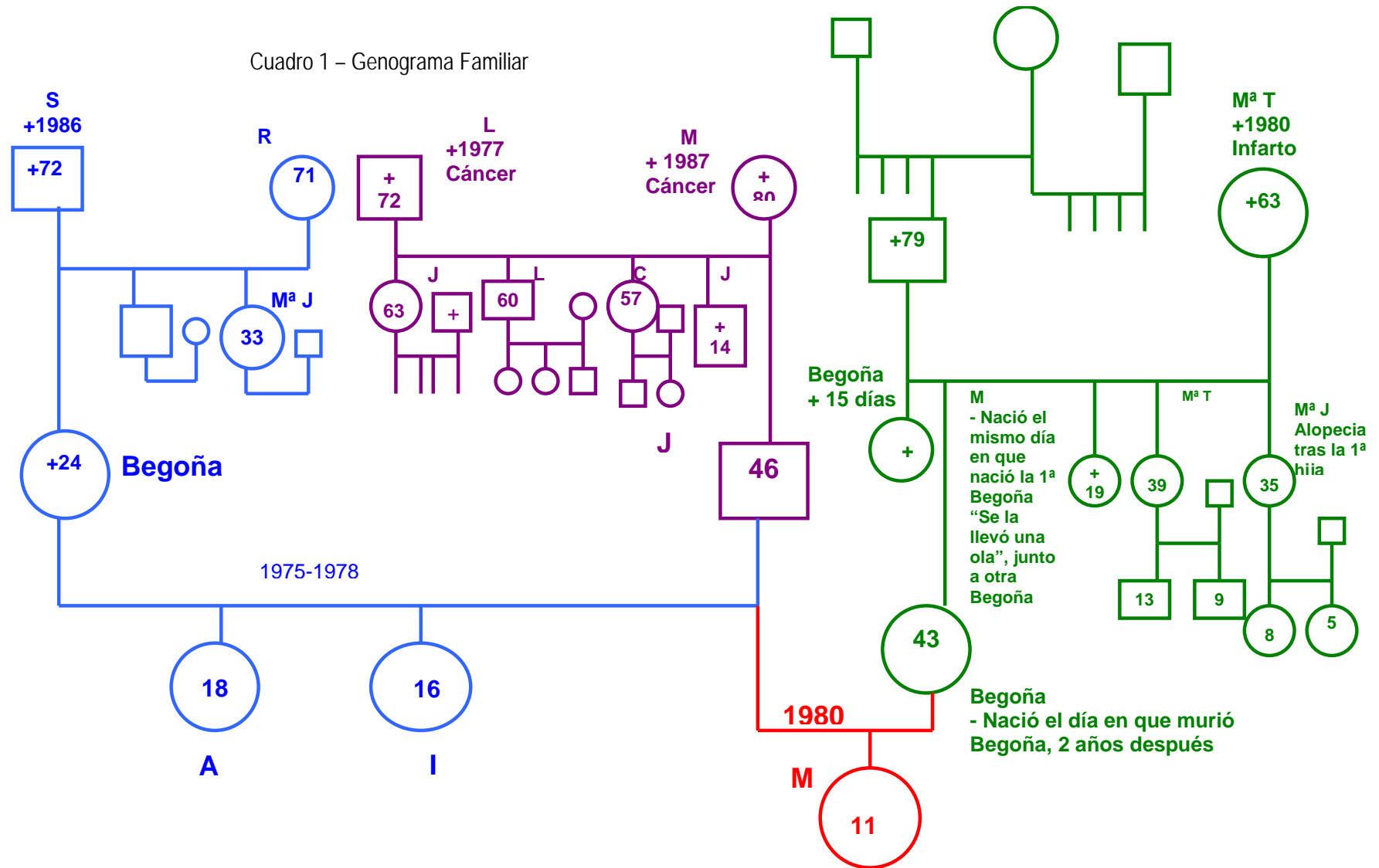
Walsh, F. (1998): *Strengthening family resilience*. Guilford Press, N.Y.

Werner, E. y Smith R. (1982): *Vulnerable but invincible: a study of resilient children*. New York, McGraw-Hill.

Werner, E. (1993): *Risk, resilience and recovery: perspectives from the Kanai Longitudinal study*. Development and Psychopatology, 5: 503-515.

Wertheim, E (1975): *The science and typology of Family Systems*. Family Process, 14: 285-309.

Cuadro 1 – Genograma Familiar



Cuadro 2Factores Protectores Individuales

- Habilidades relacionales
- Creatividad
- Humor
- Autonomía
- Iniciativa
- Introspección
- Sentido moral
- Confianza en uno mismo
- Capacidad de dar sentido a lo acontecido

Cuadro 3Factores Protectores en la relación con el Medio Externo

- Límites claros y permeables
- Pertenencia a Organizaciones que proveen de un marco claro y continuo de relaciones

Factores Protectores Propios del Medio Externo

- Entorno cultural intensamente ritualizado
- Aprobación social
- Nivel elevado de participación comunitaria

Cuadro 4Factores Protectores de Resiliencia Familiar

- Comunicación clara y abierta entre los miembros del sistema familiar.
- Expresión franca de emociones y sentimientos.
- Solidaridad y colaboración en el enfrentamiento y la resolución de problemas.
- Cohesión de la estructura familiar
- Organización familiar flexible
- Adecuada comunicación con el medio externo.
- Existencia de una red social de apoyo
- Sistema compartido de creencias que dote de sentido a la adversidad

Cuadro 5

Intervención en 3 pasos:

- Creación de un contexto en el que los miembros de la familia se sientan "seguros"
- Modificaciones del funcionamiento y la organización familiar, que permita realizar cambios adaptativos
- Creación de una narrativa común, solidaria con todos, que permita el reconocimiento del sufrimiento, dar un sentido a lo ocurrido y salir adelante con nuevos recursos para enfrentarse a la adversidad.