


“MÁS PAPAS Y MENOS PASTILLAS”: LA TERAPIA FAMILIAR COLABORATIVA Y BASADA EN FORTALEZAS EN LA INTERVENCIÓN CON NIÑOS Y SUS FAMILIAS

Mark Beyebach* y Margarita Herrero de Vega**

En este artículo mostramos nuestra preocupación por el resurgimiento de una conceptualización intrapersonal y medicalizada de los problemas infantiles y proponemos revalorizar el papel de los padres como agentes de cambio, así como aprovechar los recursos que los niños nos ofrecen para el trabajo terapéutico. Describimos nuestra forma de proceder para iniciar una terapia con garantías de éxito y detallamos diversas estrategias de intervención de la Terapia Familiar Breve Cooperativa Basada en Fortalezas: en sesiones conjuntas con toda la familia, con los padres por separado y solo con los niños. Terminamos ofreciendo una reflexión sobre las fuentes de nuestros fracasos terapéuticos, tratando de extraer de ellos algunas enseñanzas que permitan una terapia familiar más eficaz.

In this paper we share our concerns about the increasing pervasiveness of a intrapersonal and medical view of child problems, and propose a renewed awareness of parents role as change agents and of the therapeutic resources of families and children alike. We describe the main features of Collaborative Brief Strength-Based Family Therapy, and detail the main therapeutic strategies in conjoint family sessions, in sub-system work with the parents and the children. We close sharing our thoughts on what our therapeutic failures have taught us as to how a more effective family therapy for child problems can be conducted.

* Universidad Pontificia de Salamanca. Salamanca, España. mark.beyebach@upsa.es

** Universidad Pontificia de Salamanca. Salamanca, España. margaherrero@upsa.es
www.aetsb.org

¿ESTAMOS PERDIENDO LA BATALLA? LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS INFANTILES EN LA SOCIEDAD ACTUAL

Ángela, una mujer de unos 40 años, llamó para pedir una cita para su hija Ana, de 10. Según refirió por teléfono, la pequeña llevaba varios años comiendo “fatal”, estaba muy baja de peso y recientemente había empezado a hacer “cosas raras” con la comida, como escupirla y esconderla bajo la cama. La habían llevado a un psiquiatra infantil el año anterior, pero la situación no había mejorado con la medicación que este le había prescrito, que sin embargo sí había llevado a un descenso en el rendimiento escolar de la niña. Además, había empezado a mostrarse “muy rebelde” y a “contagiar” a su hermano Sergio, de 12 años. Aunque Ángela pretendía que tratáramos solamente a su hija, “para motivarla y que entienda que debe comer”, conseguí persuadirla de que su marido y su hijo Sergio vinieran también a la primera entrevista. Ángela puso inicialmente muchas objeciones, señalando que su marido tenía una agenda laboral muy cargada y que en realidad la que se encargaba de la educación de los niños era ella, pero aceptó cuando le expliqué que la terapia de su hija sería más rápida y más exitosa si podía contar con todos. El día de la cita llegaron primero

la madre y los dos hijos; el padre se presentó un cuarto de hora más tarde. Cuando pasé a recogerles a la sala de espera para iniciar la entrevista, me encontré un interesante panorama: el padre tenía puestos unos auriculares y, según me comentó luego, estaba en mitad de una teleconferencia; la madre chateaba desde su Blackberry con unas amigas; Ana estaba viendo una película en su iPad y Sergio se había sentado en el suelo absorto en su Nintendo.

Este caso ilustra bien el contexto en el que se desarrolla una parte importante de los problemas de los niños españoles actuales, al menos de los que se crían en familias de clase media y media-alta. Un contexto social y cultural caracterizado por el consumismo tanto de mayores como de pequeños y por una cultura del éxito que lleva a menudo a cargar a los niños con un exceso de actividades extraescolares y a imponerles un elevado listón de exigencia académica. Todo ello, en un entorno familiar impregnado de un sexismo no por soterrado menos efectivo, en el que siguen siendo las madres quienes se responsabilizan de las labores domésticas y de la crianza de los hijos, además de trabajar fuera de casa. Doble jornada que lleva aparejada, también, una dosis doble de culpabilización cuando la educación de los hijos se complica y aparecen los problemas. Además, la sobrecarga laboral de ambos progenitores y el estrés constante de la vida cotidiana propician que los padres estén

cada vez menos presentes en el día a día de sus hijos, delegando su educación en las instituciones y en las pantallas (de ordenador, de televisión, de móviles).

En este marco, cuando algún niño presenta problema graves de conducta, la cultura de las “soluciones instantáneas” (Selekman, 2005) lleva a menudo a elegir la opción aparentemente más sencilla: “arreglar” al hijo deficiente o problemático llevándole al pediatra o al psiquiatra infantil para que le medique y resuelva el problema. No vamos a extendernos aquí en el análisis de cómo la industria farmacéutica ha conseguido hábilmente conquistar el prometedor mercado de la psicofarmacología infantil, pese a la falta de apoyo empírico a su pretendida eficacia y a pesar también de las incertidumbres y fundadas reservas acerca de sus efectos sobre el cerebro en desarrollo de los niños (para una discusión en profundidad remitimos a Beyebach, 2012). Sin embargo, sí queremos denunciar que buena parte de la respuesta sanitaria a los problemas infantiles parece haber retrocedido a las coordenadas de los años sesenta, a una situación previa a la revolución que supuso la aparición de la terapia familiar, de suerte que en la actualidad se propician respuestas individuales, medicalizadas pero también psicologicistas, a problemas infantiles que en rigor habría que abordar desde su contexto interpersonal. En otras palabras, puede que los terapeutas sistémicos estemos perdiendo la batalla del paradigma

interaccional frente al poderoso modelo médico de enfermedad, con consecuencias lamentables sobre nuestros consultantes: sobre los propios niños, que además de los inciertos efectos de la medicación cargan con el etiquetado y el estigma que a menudo supone el rótulo de “enfermos”, pero también sobre los padres que, tras el alivio inicial que supone delegar el tratamiento de su hijos en profesionales, terminan sintiéndose desempoderados e incompetentes.

En este trabajo pretendemos reivindicar el papel central que los padres tienen en el tratamiento de los problemas infantiles. La familia sigue siendo el contexto interpersonal fundamental desde el que entender tanto el desarrollo adecuado de niños y adolescentes como los posibles problemas en su evolución y la superación de los mismos. Es más, la nuclearización de la familia occidental lleva a que la importancia de los padres se haya acentuado ante la progresiva pérdida de influencia de la familia extensa y la dilución de otras relaciones sociales significativas en la marea digital que nos engulle. Sin embargo, destacar el papel central de los padres no implica, desde nuestro punto de vista, entender que ellos sean los causantes ni los culpables de los problemas de sus hijos. Al contrario, si reivindicamos la importancia de los padres en el tratamiento de los problemas de niños y adolescentes es porque les consideramos ante todo como una fuente de recursos para la intervención, como aliados en el proceso de cambio y

como potenciales co-terapeutas. En este sentido, quisiéramos superar no solo el “sesgo monádico” de buena parte de la psiquiatría y psicología que acabamos de denunciar, sino también el “sesgo sistémico” que consiste en asumir que todo problema infantil es necesariamente resultado de una disfunción familiar previa, y específicamente de algún tipo de conflicto de pareja entre los padres. Esta posición, propia de los planteamientos sistémicos más tradicionales, culpabiliza a los padres y por tanto dificulta la creación de una buena alianza terapéutica con ellos. Además, no está justificada, ni desde la perspectiva clínica ni desde lo que indica la investigación. No es inusual, desde luego, que una familia que consulta por problemas de alguno de sus hijos presente, a la vez, una considerable dosis de conflicto entre los padres o algún otro problema relacional entre sus miembros. Sin embargo, esto no implica que ese conflicto o conflictos sean la causa del problema que presenta el vástago, ni siquiera adoptando una mirada sistémica. A nuestro entender, una óptica sistémica debe atender a cómo interaccionan diferentes problemas, plantearse cómo se potencian o inhiben mutuamente, pero sin asumir automáticamente que unos estén causados por otros. Y ello por tres razones. En primer lugar porque, como señalan Furman y Ahola (1992), en una familia pueden perfectamente coexistir varios problemas, probablemente interactuando pero motivados por factores completamente diferentes. En segundo lugar,

porque la investigación nos permite entender que buena parte de los conflictos relacionales que los clínicos observamos en las familias con las que trabajamos son una *consecuencia*, no una causa, del problema al que la familia se está enfrentando (véanse, por ejemplo, Kalishuk y otros 2006; Rolland, 1994). Esto es así claramente en el caso de los adolescentes (una hija con anorexia o un muchacho que consume drogas resultan terriblemente amenazantes y desestabilizadores para cualquier familia) pero también de los problemas infantiles graves o simplemente persistentes, que necesariamente tienen un fuerte impacto sobre toda la familia. Y, en tercer lugar, porque no debemos confundir los factores de mantenimiento de los problemas con factores causales; sin duda, la forma de reaccionar de los padres y sus intentos de solucionar el problema no son eficaces (ya que de lo contrario el problema se habría resuelto y no habrían tenido que acudir a nosotros) y es probable que incluso contribuyan a mantener o cronificar la situación. Sin embargo, eso no implica que estas actitudes hayan sido inicialmente las causantes del problema. Esta última distinción, aparentemente trivial, tiene hondas repercusiones a la hora de posicionarnos ante los padres, por cuanto nos permite transmitir el mensaje de que ellos sí son *responsables* de modificar aquellas conductas y actitudes que mantienen o agravan el problema y de conducirse de forma tal que lo reduzcan o superen; aun así, esto no implica que

sean los causantes o incluso culpables del mismo.

En las próximas páginas describiremos nuestra forma de intervenir en los problemas infantiles, basada en nuestra experiencia clínica en la práctica privada y sobre todo en el centro clínico del *Máster en Terapia Familiar e Intervenciones Sistémicas* de la Universidad Pontificia de Salamanca. En este centro atendimos entre 1993 y 2011 más de medio millar de familias que consultaban por todo tipo de problemas con niños y adolescentes: ansiedad, depresión, conducta oposicionista y desafiante, bajo rendimiento académico, fobia escolar, situaciones de *bullying*, problemas de alimentación, hiperactividad, niños con discapacidad, etcétera. Trabajamos también con padres preocupados por cómo estaba repercutiendo en sus hijos el divorcio de la pareja, con familias reconstituidas y con niños testigos o víctimas de violencia doméstica. Casos remitidos por una amplia panoplia de derivantes, incluyendo orientadores escolares, médicos de familia, psiquiatras, trabajadores sociales de equipos base y especializados, así como otros consultantes.

LA TERAPIA FAMILIAR BREVE COLABORATIVA

La terapia familiar breve colaborativa y centrada en fortalezas (TFBC) es un enfoque que hemos venido desarrollando

desde principios de los años 90 (Beyebach, 2006, 2009; Beyebach y Rodríguez Morejón, 1997, 1999) en la línea de otros modelos integradores en terapia sistémica breve (Dykes y Neville, 2000; Quick, 1996; Saggese y Foley, 2000; Selekman, 1997, 2005; Shilts y Reiter, 2000). La TFBC es un enfoque flexible que parte de un planteamiento centrado en las soluciones (De Shazer, 1988, 1991, 1994; De Shazer y otros, 1986, 2007) y en terapia estratégica breve (Fisch y Schlanger, 2000; Fisch y otros, 1982; Nardone y Watzlwick, 1990) pero que a partir de aquí no duda en integrar, cuando resulta necesario, herramientas terapéuticas de corte narrativo (White y Epston, 1990; White, 1989; Freeman y otros, 1999) y estructural (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981; Szapocznick y otros, 1986), así como técnicas y ejercicios procedentes de la psicología positiva (Duckworth y otros, 2005) y elementos psicoeducativos que provienen del campo de la investigación en psicoterapia (por ejemplo, Leff y Vaughn, 1985). Desde el punto de vista teórico, la TFBC suscribe un planteamiento constructivista (Gergen, 1985; Watzlwick, 1976, 1984) y sistémico (Von Bertalanffy, 1968) y se apoya en la pragmática de la comunicación humana (Watzlwick y otros, 1967) para entender la interacción terapéutica (Bavelas y otros, 2000; McGee y otros, 2005). Además, inspirándose en los trabajos de Scott Miller, Barry Duncan y Mark Hubble, la TFBC apuesta por una práctica

transparente, basada en un feedback constante acerca del resultado terapéutico y de la relación terapéutica (Anker y otros, 2009; Duncan y Miller, 2000; Lambert, 2005), reconociendo la importancia de los factores comunes en psicoterapia (Bohart, 2006; Frank, 1973; Wampold, 2001) y en especial la centralidad de la alianza terapéutica, que conceptualizamos en términos sistémicos (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006; Pinsof, 1995). Finalmente, nos gusta entender el cambio terapéutico en los términos propuestos por Prochaska y Di Clemente (1982), es decir, no como un salto discontinuo y repentino, sino como un proceso que habitualmente atraviesa una serie de fases y en el que la labor del terapeuta es ajustarse a sus clientes y ayudarles a avanzar en su etapa de motivación para el cambio (Miller y Rollnick, 1991).

Tal y como hemos explicado en otras publicaciones (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1999; Beyebach, 2006, 2009), la TFBC apuesta por la máxima simplicidad, lo que implica que empezamos cualquier terapia desde un planteamiento básicamente centrado en soluciones y que pasamos a incorporar las formulaciones estratégicas, estructurales y de otro tipo si este planteamiento inicial no resulta suficiente para producir cambios con rapidez. De todos modos, no dudamos en adoptar desde un comienzo un enfoque más centrado en el problema si con ello nos ajustamos mejor a las preferencias de nuestros clientes, ni en recurrir,

si la situación clínica así lo exige, a lo que denominamos “atajos”, es decir, estrategias de elección ligadas a tipos de problema (Beyebach 2009; Beyebach y Herrero de Vega, 2010). Aplicamos esta misma lógica al trabajo con niños y sus familias: partimos de una forma preferida de abordar el trabajo terapéutico, pero estamos abiertos a ajustarnos de forma flexible a las circunstancias y a los clientes concretos. Si quisiéramos resumir a grandes trazos nuestra concepción de partida, diríamos que en el tratamiento de problemas infantiles las sesiones conjuntas con toda la familia suelen ser centradas en soluciones; que en las conversaciones con los padres empleamos preferentemente una conceptualización estratégica, estructural y psicoeducativa; y que en las entrevistas con los niños tendemos a utilizar la externalización de forma centrada en soluciones. Esto implica, lógicamente, contar con toda la familia en la mayoría de las sesiones, pero dedicando tiempos terapéuticos a trabajar por separado con los diversos subsistemas. En esta forma de proceder, el número promedio de sesiones es de cinco (Beyebach y otros, 2000; Cortés y otros, 2007). Las sesiones empiezan siendo por lo general bisemanales, pero en cuanto hay mejorías pasan a celebrarse cada tres semanas y luego cada cuatro. Hacemos prevención de recaídas prácticamente desde la primera sesión y a menudo concertamos sesiones de refuerzo, rotuladas como “seguimientos” a los tres y a los seis meses. Entre uno y tres años después de la última entrevista

solemos hacer una llamada telefónica para valorar cómo ha evolucionado el caso. Nuestros datos indican que el 80% de nuestros consultantes alcanzan sus objetivos al final de la terapia, con un promedio en torno a las cinco sesiones, y que tres cuartas partes de los casos atendidos son exitosos en el seguimiento telefónico, con una tasa de recaídas que se mantiene en torno al 10% (Beyebach y otros, 2000; Cortés y otros, 2007).

PRINCIPIOS, ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS EN EL TRABAJO CON PROBLEMAS INFANTILES

EL MANEJO DE LA LLAMADA TELEFÓNICA INICIAL

Como hemos señalado en la introducción, entendemos que iniciar un tratamiento psicoterapéutico solo con el niño o la niña que motiva la consulta constituye un error, que limita las opciones de intervención, refuerza la mirada lineal de los padres y reduce las posibilidades de una resolución satisfactoria y rápida del caso. Por eso consideramos tan importante manejar adecuadamente la llamada telefónica inicial, a fin de conseguir que a la primera sesión se presenten todos los miembros relevantes del sistema (Szapocznik y otros, 1988), que para nosotros incluye al menos a todos los miembros de la familia nuclear. Especialmente importante resulta, por su-

puesto, que a la primera entrevista acudan tanto la madre como el padre. Como ya señalaron en su momento los autores del Centro de Terapia Breve del MRI (Fisch y otros, 1982), la terapia empieza con el primer contacto con los clientes; nosotros diríamos que una terapia exitosa con un niño empieza con una buena conversación telefónica con el progenitor que llama.

Además de convocar a la primera sesión a los miembros relevantes del sistema y empezar a crear una buena relación terapéutica, nos gusta aprovechar la llamada telefónica para consolidar un encuadre sistémico y centrado en soluciones. Para ello damos tres mensajes a la persona que llama, con la petición de que se los transmita a los demás miembros de la familia (Prior, 2010):

- Señalamos que dedicaremos buena parte de la primera entrevista a entender qué ayuda quieren de nosotros y qué esperan de la terapia.
- Indicamos también que otro tema que abordaremos será la manera en qué han intentado hasta la fecha resolver el problema que les preocupa; por tanto sería útil que fueran reflexionando al respecto.
- Finalmente, comentamos que hemos comprobado que con frecuencia las personas que llaman para pedir cita observan que, entre el momento de la llamada y el momento de la primera entrevista, se producen ya algunas mejorías. Animamos a la persona que nos llama a que esté atenta a cualquier pequeña mejoría

que pueda percibir, de modo que podamos analizarla durante la primera entrevista.

LA PRIMERA SESIÓN: ACOGIDA DE TODO EL SISTEMA Y NEGOCIACIÓN DE UN PROYECTO CONJUNTO

Una vez que la familia se presenta en la consulta, les comentamos que empezaremos hablando con todos pero que durante este primer encuentro hablaremos también por separado con los padres y con los hijos. Durante la fase conjunta de esta primera entrevista acometemos tres tareas terapéuticas:

- *Orientamos* a la familia respecto de nuestra modalidad de trabajo y del procedimiento a seguir. Es importante subrayar que esta explicación inicial ya proporciona una excelente oportunidad de enganchar a los niños; por eso nos gusta dirigir la explicación a ellos, especialmente en lo que concierne a los aspectos más llamativos del contexto (cámara, equipo, espejo), aunque lógicamente el consentimiento informado compete a los adultos.
- Definido el contexto terapéutico y antes de empezar a escuchar qué motiva su consulta, hacemos una *amplia fase social* en la que no solo recogemos información relevante para la evaluación sino que también empezamos a crear un clima de esperanza y centrado en los recursos, en el que les transmitimos que son “más que un problema”

para nosotros (Beyebach, 2006). Tratamos de crear un ambiente relajado y con sentido del humor, si es posible provocando un par de carcajadas ya en los primeros minutos de conversación (Selekman, 2005). Pedimos permiso a los padres para empezar por los más pequeños, a los que preguntamos a qué curso van, qué cosas les gusta hacer y qué se les da bien. Preguntamos también por los amigos y amigas del niño, y eso nos suele dar pie para preguntar por las cualidades que el niño cree que sus amigos ven en él. De ahí pasamos a interesarnos por las cualidades que el niño cree que sus padres ven en él y a preguntarle qué es lo que más le gusta de sus padres y hermanos. Lo importante no son tanto las respuestas que nos vayan dando sino el mensaje que transmiten estas preguntas: que todos los presentes tienen cualidades y que en terapia nos vamos a interesar por ellas. Tratamos de ir incluyendo a todos los presentes en estos diálogos mientras vamos preguntando a todos los niños, hasta llegar también a los padres y eventualmente abuelos u otros familiares presentes.

- Una vez que hemos creado un clima positivo durante la fase social, pasamos a explorar qué motiva la consulta: qué preocupa a los presentes (*queja*) y qué ayuda nos piden a nosotros (*demanda*). Nos gusta plantear el comienzo de esta parte de la sesión de la forma que entendemos más directa: Cuéntenme, ¿qué les gustaría llevarse

de esta entrevista de hoy? ¿Cómo sabrían que esta entrevista, o las que podamos tener, han sido útiles para ustedes, que valió la pena el esfuerzo de acudir? Una vez planteada la cuestión, pedimos permiso a los padres para empezar con los más pequeños, lo que a menudo exige cambiar la formulación de la pregunta para hacerla más accesible a ellos (“¿Por qué crees has venido hoy aquí?”).

- Una vez que tenemos una idea general de cuál es el propósito de la familia, nos gusta identificar al menos un par de indicadores conductuales de que se han alcanzado los objetivos de la intervención: “Cuál sería para Ud. la primera señal de que hay una mejor convivencia en casa? ¿Qué tendrían que ver ustedes en su hija para pensar que ha superado sus dificultades con la comida? Cómo sabrían que la agresividad está del todo superada y no les hace falta volver por aquí?”

Queremos subrayar que durante toda esta fase de trabajo terapéutico conjunto hacemos un esfuerzo especial por que se escuche la voz de todos los miembros del sistema. Esto implica, en primer lugar, privilegiar la voz de los niños, preguntándoles primero a ellos, y defendiendo su espacio si alguno de los adultos empieza a contestar en su lugar. Además, es fundamental controlar la posible negatividad de la familia y contrarrestar posibles descalificaciones de unos a otros. Que la familia repita en sesión el

mismo tipo de interacciones destructivas que tienen lugar en casa no es terapéutico y solo contribuye a aumentar la desesperanza de todos; por eso es tan importante que el terapeuta sepa estructurar y organizar la interacción en la sesión.

LA PRIMERA SESIÓN: CONSTRUYENDO POSIBILIDADES CON TODA LA FAMILIA

Una vez que hemos entendido qué es lo que la familia espera de nosotros, pasamos a promover recursos y soluciones. Para ello disponemos de dos técnicas procedentes de la terapia centrada en las soluciones (De Shazer, 1988, 1991, 1994; De Shazer y otros, 2007):

- *Trabajo con los cambios pre-tratamiento*. En relación con la sugerencia que dimos por teléfono, preguntamos a los presentes qué pequeñas mejorías han observado desde el momento en el que llamaron para concertar la cita. Aproximadamente en la mitad de los casos que atendemos hay, de hecho, algunas mejorías recientes (Beyebach y otros, 2000). En ese caso, tratamos de conversar sobre ellas obteniendo el mayor número posible de detalles, procurando generar una descripción conductual e interaccional de esos cambios (“¿Qué hace tu mamá cuando tú le das un beso a tu hermano?”) y exploramos en un segundo momento los aspectos más cognitivos (“¿Qué significa para ti que tu hijo haya empezado a colaborar con su hermano?”) y emocionales

(“¿Cómo te hace sentir ver que están colaborando?”). Una vez que hemos conseguido esta descripción detallada, pasamos a identificar qué pasos han seguido los implicados para conseguir las mejoras que han descrito (Kral y Kowalski, 1989). Como señalan los autores centrados en soluciones, empezar una terapia hablando de las mejoras ya conseguidas es una forma excelente de empoderar a la familia, puesto que generalmente se trata de cambios que ellos mismos han protagonizado, y por tanto el mérito es de ellos y no del profesional.

- *La proyección al futuro.* Consiste en invitar a los miembros de la familia a que nos describan cómo serán las cosas cuando hayan superado los problemas que les han traído a terapia. Para ello podemos utilizar la *Pregunta Milagro* (“Imaginen que esta noche se van a dormir y, mientras duermen sucede una especie de milagro y los problemas que los han traído aquí se resuelven del todo, pero como están durmiendo no se dan cuenta de que esto ha sucedido. Mañana por la mañana, ¿cómo sabrán que este milagro se ha producido?”) (De Shazer, 1988), la *Máquina del Tiempo* (“Imaginen que en esa esquina de la sala tuviéramos una Máquina del Tiempo. Imaginen también que suben a ella y que avanzan a un momento en el que los problemas que los han traído aquí están del todo superados, por ejemplo de aquí a un año. ¿Qué se imaginan que va a ser diferente?”) (Selekman,

1997) o alguna otra invitación a dejar volar la imaginación (“Imaginen que esta noche viene un hada y...”). Lo importante, por supuesto, no es lanzar la pregunta, sino mantener luego una conversación constructiva sobre las respuestas que vayan dando los consultantes. En esta conversación tratamos de generar una descripción detallada de ese futuro sin el problema, en términos de lo que llamamos “objetivos trabajables” (Beyebach, 2006): en positivo, concretos, alcanzables, pequeños y descritos en su contexto interpersonal. Al incluir tantos detalles, esta descripción del futuro preferido resulte máximamente motivante, atractiva y emocionalmente positiva para nuestros interlocutores.

No siempre es posible ni necesario emplear las dos técnicas en la misma sesión. Si hay cambios pre-tratamiento relevantes es posible que la conversación sobre ellos dé tanto juego que no quede tiempo para trabajar la proyección al futuro. En ese caso, lo más adecuado puede ser pasar a utilizar una pregunta de escala para que cada miembro de la familia valore en qué punto ve la situación que les llevó a terapia (“En una escala de 1 a 10, donde 1 sería cuando peor han estado las cosas que los trajeron aquí, y 10 sería que están del todo solucionadas, ¿dónde dirían que están ubicados ahora?”). Esta escala de avance nos permite conversar a continuación sobre qué conductas constituirían indicadores de progreso (un

punto más en la escala) y cómo se podrían dar esos pasos.

En otros casos, sucede lo contrario: no hay mejorías, con lo que pasamos directamente a la proyección al futuro. Una vez trabajada, utilizaremos la escala de avance para situar las posibles mejorías y trabajarlas. Si la proyección al futuro tampoco da juego, podemos simplemente trabajar con preguntas de escala, pasar a investigar cómo es que las cosas no están aún peor, o utilizar preguntas de afrontamiento si la situación es muy negativa (“¿Cómo han conseguido llegar hasta aquí, con todas estas dificultades?” “¿Cómo es que no han tirado la toalla?”). Otra opción es dar ya por cerrada la parte conjunta de la entrevista e iniciar el trabajo con subsistemas.

LOS NIÑOS COMO INTERLOCUTORES PRIVILEGIADOS EN LA CONVERSACIÓN TERAPÉUTICA

Hemos venido señalando que a nuestro juicio es un error hacer terapia trabajando solamente con los niños; pero igualmente contraproducente es hacer una terapia familiar centrada en los padres que ignore a los niños o les relegue al papel de meros objetos de la intervención de los adultos. De hecho, los niños constituyen un gran recurso en la terapia y nosotros añadimos que para aprovechar bien su presencia ni siquiera es necesario recurrir a procedimientos especiales, como puedan ser los juegos, las marionetas o la arte-terapia (Beyebach, 1998).

La gran mayoría de los niños pueden ser interlocutores válidos e interesantes en una conversación terapéutica, siempre que hagamos el esfuerzo de adaptarnos a ellos. Para ello conviene:

- Dar a los niños –como ya hemos mencionado antes– protagonismo en la terapia, entre otras cosas protegiendo su espacio dialógico de las interferencias de los adultos e incluyéndoles desde un principio en el proceso de la entrevista, hablando con ellos y no solamente sobre ellos.
- Ajustar nuestro lenguaje al nivel evolutivo del niño. Usaremos términos coloquiales y procuraremos utilizar sus mismas palabras. Como regla general, conviene empezar por preguntas cerradas para pasar después a preguntas más abiertas, comenzar con preguntas de fácil respuesta y solo en un segundo momento pasar a las más complicadas. Las preguntas más sofisticadas, como las preguntas circulares que invitan a contestar desde la posición de otra persona (“¿Qué crees tú que a tu mamá le gusta más de ti?”), las reservamos a los niños de más edad.
- Reforzar y validar las respuestas que vayan dando los niños. Aquí lo fundamental es la actitud de absoluta atención y genuino interés por lo que nos digan, que mostraremos al recoger y ampliar lo que los niños nos cuentan.
- No alargar el tiempo de entrevista. En una entrevista conjunta, media hora de conversación sería el máximo recomendable. En una conversación a solas

con el niño, normalmente 10 minutos son más que suficientes.

LA EXTERNALIZACIÓN DEL PROBLEMA EN EL TRABAJO CON NIÑOS

Un procedimiento que resulta especialmente útil en el trabajo individual con los niños es la externalización del problema (White y Epston, 1990; White, 1995; Freeman y otros, 1999). La externalización consiste en “sacar fuera” el problema del pequeño (pasando, por ejemplo, de “un niño miedoso” a “un niño valiente al que El Miedo intenta fastidiar”; o de “una niña agresiva” a “una niña a la que La Rabia Traicionera juega muy malas pasadas”) y tiene la gran ventaja terapéutica de que permite realizar de forma simultánea dos operaciones que habitualmente es difícil conjugar en psicoterapia: por una lado, desculpabilizar al niño (ya que el culpable ya no es él o ella, sino el problema externalizado), pero a la vez darle responsabilidad (ya que el niño es responsable de luchar contra ese problema, apoyado por sus padres y hermanos).

Además, el carácter metafórico e incluso lúdico de la externalización la convierte en un recurso especialmente ajustado a la psicología infantil. Para externalizar un problema solemos seguir los siguientes pasos:

- Decidir qué problema externalizar, lo que dependerá de qué demanda se acordó con la familia.

- Darle un nombre al problema, preguntando al niño cómo suele llamarlo. Si al niño no se le ocurre ninguna denominación para el problema, proponemos algún término que resulte llamativo y a ser posible gracioso, por ejemplo “La Pesada” para referirnos a una obsesión, o “La Caca Traicionera” para hablar de la encopresis.
- Si el niño no parece preocupado por el problema ni motivado para enfrentarse a él (diríamos que está en etapa precontemplativa de cambio) es preferible revisar con calma de qué forma ese problema le está afectando en las diferentes áreas de su vida. Hacerlo con un lenguaje personificador y atribuyendo malas intenciones al problema externalizado es un buen recurso para aumentar la motivación de luchar contra él: “¿Cómo te está fastidiando La Rabia?” “¿Cómo se las arregla el Miedo Astuto para que acaben enfadados tus padres y tú?”.
- Con niños de más edad nos gusta revisar las “trampas del problema externalizado”, es decir, los “trucos” que el problema tiene para engañar al muchacho y meterle en apuros: “¿Cómo te engaña el Monstruo de la Distracción para que una y otra vez le hagas?” “¿Qué te dice La Estricta cuando estás sentada delante del plato de comida para convencerte de que no comas?” Este trabajo de corte cognitivo permite ensayar después con los niños cómo podrían contestar al problema externalizado, a fin de no dejarse engañar por él.

- Finalmente, procedemos a revisar en qué ocasiones han conseguido “ganar” al problema externalizado, “darle una buena paliza” o “meterle una goleada”. La forma de trabajar es la misma que con los cambios pre-tratamiento y cualquier otra mejoría: primero detallamos en qué consisten esas “victorias” frente al problema y cuáles son sus efectos positivos, para a continuación tratar de construir una “receta” con los “trucos” que el niño y su familia emplean para derrotar al problema.

La externalización del problema en sesión da pie a toda una serie de posibles tareas para casa que habitualmente encajan muy bien con la mentalidad de los niños: dibujar el problema externalizado o modelarlo en plastilina; hacer un collage que represente al chico en actitud triunfal ante el problema derrotado; hacerle “faenas” al muñeco que simboliza el problema; dibujar, modelar o construir aliados o armas para luchar contra él, etcétera. En estas actividades puede, si es oportuno, participar toda la familia. De hecho, otro valor añadido de la externalización es que permite re-estructurar las relaciones familiares de suerte que se pase de una situación en la que padres y tal vez hermanos están enfrentados al niño, a otra más constructiva en la que el niño y su familia luchan juntos contra el problema externalizado. Esto, a su vez, permite crear un sinfín de tareas para toda la familia, entre ellas los rituales que describiremos más abajo.

ARTE, JUEGO Y NIÑOS

Que defendamos que los niños pueden ser interlocutores perfectamente válidos para una conversación terapéutica al uso no significa que despreciemos la utilidad que pueden tener otro tipo de herramientas en sesión como son el arte y los juegos. Por el contrario, la capacidad imaginativa de los pequeños se presta a sacar el máximo partido a los recursos metafóricos, lúdicos e incluso mágicos.

Manuela nos llamó preocupada por su hijo Daniel, de 9 años de edad. Ella se había divorciado hace tres años, y hace medio año había iniciado una nueva relación con otro hombre. Desde hace cuatro meses, Daniel había empezado a obsesionarse con la muerte: le costaba mucho conciliar el sueño por las noches, había tenido varios ataques de ansiedad en el colegio, su rendimiento escolar había descendido y en general se mostraba triste, ansioso y preocupado. Cuando pregunté a la madre cómo se explicaba ella el problema, me refirió que el padre de ella había fallecido de forma inesperada hace un año, que poco después había muerto una tía abuela, y que su nueva pareja había perdido a su hermano hace unos meses. Ahora Daniel estaba aterrizado con que su madre o su padre también pudieran morir repentinamente. En sesión, exploré con Daniel y con su madre qué cosas ayudaban contra el miedo a la muerte. Daniel explicó que lo que más le ayudaba es que su padre le

contara lo que había sucedido recientemente con un jugador de fútbol de la Unión Deportiva de Salamanca: el futbolista había sufrido un paro cardíaco durante un partido, pero uno de los ayudantes del entrenador le había salvado utilizando un desfibrilador. Acordarse de esta historia le ayudaba a tranquilizarse. La tarea que propuse a Daniel fue que dibujara un desfibrilador y a la hora de irse a dormir lo metiera bajo su almohada. Luego su madre debía ir a darle las buenas noches y de paso le invitaría a pensar un rato en la muerte. Entonces Daniel tocaría el desfibrilador con la mano y comprobaría cómo el miedo se desvanecía. Lo mismo podía hacer en el colegio. En la sesión siguiente, Daniel trajo el dibujo del “desfibrilador” y contó con orgullo que había conseguido derrotar al miedo “por completo”, extremo que la madre confirmó. Concertamos una tercera sesión, por si acaso se producía alguna recaída, pero finalmente no hizo falta celebrarla. En el seguimiento, seis meses más tarde, Daniel seguía perfectamente.

Con los niños más pequeños, una buena forma de utilizar el juego en terapia es empleando marionetas como “ayudantes” que realizan la entrevista, o a los que el niño y el terapeuta entrevistan a su vez. En cualquier caso, la idea es que los juegos y las marionetas potencien la alianza terapéutica y estén al servicio de la estrategia terapéutica, sin convertirse nunca en un fin en sí mismos.

LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA CON LOS PADRES

Entendemos la intervención con los padres desde una posición colaborativa de trabajo conjunto, en la que por momentos actuamos más como entrenadores que como terapeutas. El primer paso consiste, por supuesto, en afianzar la alianza terapéutica y para ello es muy importante tanto validar su preocupación y sus temores como promover su esperanza y la confianza en sus recursos. Además, implica transmitirles una visión contextual, de manera que entiendan que ellos son los principales agentes de cambio. Desde esta posición contemplamos cuatro grandes líneas de trabajo:

- a) La primera estrategia es ayudar a los padres a que adviertan y valoren todo aquello que ya están haciendo bien con sus hijos en el área problema: las ocasiones en las que sí consiguen ser firmes o cercanos; las veces en las que sí manejan eficazmente una rabieta; los momentos en los que consiguen ayudar al hijo. En nuestros seguimientos, los padres suelen informar que algo que les ayudó en la terapia fue darse cuenta “de que no lo hacíamos todo mal”.
- b) Habitualmente, cuando las familias llegan a nuestra consulta llevan ya meses e incluso años lidiando con el problema, con lo que a menudo se ha generado un clima de negatividad, desmoralización e incompetencia que contamina todas las interacciones familiares. Por eso,

una segunda línea de actuación es *ayudar a los padres a que perciban las conductas positivas de sus hijos y respondan de forma afectiva*, y que adviertan y reaccionen ante sus mejorías. Esto pasa por dedicar tiempo de sesión a pormenorizar estos avances, pero también se traduce en varias posibles tareas para casa que promueven interacciones positivas y emocionalmente más cercanas:

- La prescripción de “pillar” al hijo/a haciendo algo bien, o “*Radar Positivo*” (Pérez Opi y Landarroitajáuregui, 1995) de las mejorías.
- La “*Tarea de los Post it*” (Beyebach y Herrero de Vega, 2010), en la que pedimos que los padres sorprendan a sus hijos dejándoles breves mensajes positivos en post-it colocados en lugares inesperados.
- La “*Caja de Caricias*” (Selekman, 2005), que consiste en colocar una “hucha” en el salón de casa, e ir introduciendo en ella papelitos en los que se reseña alguna cosa positiva que esa persona haya hecho a lo largo del día. Esta “hucha” se puede abrir cada semana para leer los papeles en familia, o llevar a la siguiente sesión para su apertura.
- Cuando la visión de uno de los progenitores o de ambos se ha vuelto absolutamente negativa (“Es que no hace nada bien. Ya no le veo nada positivo”) puede ser útil proponerles que, antes de introducir ningún cambio, elaboren una

lista con *cinco cualidades* que actualmente siguen apreciando en su hijo.

- Otra manera de abordar la negatividad es utilizando la *Máquina del Tiempo* (Selekman, 2005) para realizar durante la sesión un viaje hacia una época en la que la relación del padre o de los padres con su hijo era más positiva y cercana. Promover una descripción detallada y sensorial de esa época pasada permite generar una experiencia emocional desde la que reactivar la consideración positiva básica entre padres e hijos.
- Otra forma obvia, aunque no siempre sencilla, de propiciar interacciones positivas es generar un espacio para ellas. En este sentido, cada vez nos parece más importante promover que las familias con las que trabajamos recuperen en su vida cotidiana tanto espacios de actividades comunes para toda la familia como espacios para interacciones diádicas positivas (padre-hija; padre-hijo; madre-hija; madre-hijo). Para ello utilizamos a veces una variante del *Bote de los Deseos* (Pérez-Opi y Landarroitajáuregui, 1995): pedimos a cada miembro de la familia que introduzca en un bote al menos tres actividades que desearía hacer en familia. En días prefijados, la persona a la que le toca extrae un papelito a ciegas, y esa será la actividad que toda la familia realice.
- c) Una tercera línea de intervención, que ponemos en marcha una vez que hemos dado pasos en las dos anteriores, consiste en *identificar cuál es el*

denominador común de los intentos ineficaces de solución de los padres y bloquearlo proponiendo una actuación que sea significativamente diferente: el “giro de 180° descrito hace décadas por el equipo de terapia breve del MRI de Palo Alto (Fisch y otros, 1982). Esta estrategia exige un rastreo detallado de las secuencias problemáticas y explorar a fondo los diversos intentos de solución, discriminando cuáles sí son eficaces (constituyen excepciones) y cuáles no (contribuyen al problema). Aunque cada familia es distinta y por tanto merece un tratamiento diferenciado, se pueden identificar algunos denominadores comunes habituales, cada uno con su estrategia de intervención correspondiente. Entre nuestros consultantes, los más frecuentes son los siguientes:

- *“Acertar por separado”*. No es inhabitual que ante los problemas de un hijo el padre y la madre reaccionen de forma diferente y que estas diferencias se acentúen y terminen cristalizando en posturas contrapuestas pero complementarias: por ejemplo, el padre hace el papel de “duro” y la madre el de “blanda”, o la madre intenta ignorar el tema, mientras que el padre sigue insistiendo, etcétera. El primer paso para modificar esta configuración relacional es validar a los padres compartiendo con ellos que su insistencia en hacer cada uno las cosas a su manera no deja de ser una muestra más de su amor a su

hijo y de su interés por ayudarlo. Después ayudamos a los padres a que comprendan que la falta de un criterio común es fuente de fracaso y les proponemos que sigan un mismo curso de acción. Esto se puede traducir en generar un plan de acción durante la sesión, utilizando el tiempo entre sesiones para ponerlo a prueba e irlo afinando. A veces es útil prescribirles primero que en unos días prefijados las cosas se hagan según el criterio de un progenitor, con el apoyo de su pareja, y en otros según el criterio del otro (la tarea “días pares e impares” descrita originalmente por Selvini y otros, 1978).

- *“Sola ante el peligro”*. Como hemos señalado en la introducción, la mayoría de las familias españolas siguen funcionando bajo parámetros sexistas, que se traducen en que a menudo es la madre la principal encargada de la crianza y educación de los hijos, con un padre periférico que apenas interviene. Esta distribución tan poco equitativa puede ser funcional en muchos casos, pero en otros contribuye a mantener y agravar los problemas presentados por los niños, especialmente cuando se trata de conductas opositoras, desafiantes o violentas. En estos casos trabajamos en sesión para conseguir que el padre se involucre de forma más activa en la crianza de sus hijos; a nuestro entender, una de las claves para conseguirlo está en ayudar a la madre a que exprese el tipo de apoyo quiere de su marido y a este a proporcionarlo adecuadamente.

- *“Por la boca muere el pez”*. Con este rótulo nos referimos a la pretensión de resolver los problemas de conducta de los hijos solamente hablando, bien sea en forma de “diálogo”, “consejos” o “sermones”. Obviamente suscribimos el valor del diálogo con los hijos y el ejercicio de lo que Félix López denomina “autoridad inductiva” (López, 2008); sin embargo, cuando las palabras no se acompañan de hechos y consecuencias, cuando no se marcan con claridad los límites en la familia, pierden su valor educativo. Una alternativa a este patrón ineficaz es animar a los padres a que recuperen su posición de autoridad de modo que las conductas disruptivas de sus hijos tengan consecuencias negativas y que las positivas sean premiadas. Aquí, las estrategias básicas desarrolladas dentro de los planteamientos conductuales (Kazdin, 2004) resultan muy eficaces: ayudar a los padres a que utilicen refuerzos y castigos negativos pequeños y aplicados de forma contingente; a que utilicen unas actividades para reforzar otras; a que sean consistentes y mantengan las consecuencias previstas; a que vayan pasando de los refuerzos materiales a los sociales, etcétera. Ahora bien, más allá de las pautas concretas de actuación, el cambio actitudinal a propiciar es el de que los padres se atrevan realmente a ejercer su autoridad y a establecer límites a sus hijos, desde la convicción de que será un elemento positivo que les ayudará en su desarrollo.

- *“La batalla interminable”*. Otro patrón habitual es el de la escalada simétrica, en el que los padres entran en constantes batallas con sus hijos, sobre todo los que van siendo mayores y se acercan a la adolescencia, recurriendo a las armas de las amenazas, los chantajes, los gritos e incluso los insultos. Ante esta forma de proceder solemos proponer lo que denominamos la estrategia de “mano de hierro en guante de seda”, que consiste en que los padres se mantengan firmes en cuanto a las consecuencias que tendrán las conductas negativas de sus hijos, pero desde una actitud de amabilidad y cercanía (que con niños ya preadolescentes puede ser incluso de “sabotaje benévolo”, Fisch y otros, 1982) que desactive el riesgo de escalada. Si la situación es muy explosiva utilizamos el procedimiento de la Resistencia No Violenta descrita por Haim Omer (2004), aunque solemos reservarlo para el trabajo con adolescentes violentos. También es importante en estos casos que los padres establezcan prioridades y no pretendan abordar todos los problemas de su hijo a la vez.
- *“Intentar enseñar responsabilidad quitándola”*. Otro patrón frecuente es aquel en el que los padres se quejan del “infantilismo” de su hijo y sin embargo lo promueven al asumir ellos constantemente la responsabilidad. Aunque diferenciar entre protección y sobreprotección está en función tanto del nivel evolutivo del niño como de

variables culturales, hay algunas áreas en las que esta forma ineficaz de manejar el problema es muy común, como por ejemplo estudiar con los hijos con la pretensión de que aprendan a estudiar, o buscar la colaboración del niño en las tareas de casa y sin embargo terminar haciéndoselo todo. En estas situaciones, que no son fáciles de revertir, tratamos de ayudar a los padres a que vayan cediendo más áreas de responsabilidad a sus hijos, lo que implica aceptar y tolerar que cometen errores.

- “*Buscando el hijo perfecto*”. En el contexto cultural competitivo que hemos descrito más arriba, no es extraño que a veces los problemas de un hijo se vean mantenidos y exacerbados por la hiperexigencia de los padres, que se traduce menudo en unas expectativas desmedidas en el campo académico, pero también deportivo y social. Cuando entendemos que este elemento está contribuyendo al problema, utilizamos un abordaje psicoeducativo para trasladar a los padres los inconvenientes y resultados negativos de este exceso de exigencia.
- “*Ya madurará*”. Se trata de un patrón interaccional de *laissez-faire* que se sitúa en las antípodas del anterior ya que los padres perciben las conductas de su hijo como problemáticas, pero entienden que es el niño el que debe de cambiar por su propia maduración y en todo caso con la ayuda del “*terapeuta-incubador*”. En esta tesitura también

utilizamos un abordaje psicoeducativo, dirigido a que los padres adopten una postura de mayor exigencia.

Quisiéramos subrayar que no suele ser fácil conseguir que los padres modifiquen su forma habitual de abordar el problema o problemas de sus hijos. Para lograrlo es importante plantear la estrategia terapéutica desde la posición de nuestros interlocutores (Fisch y otros, 1982) y estar dispuesto a ir despacio. Al fin y al cabo, el proceso de cambio de los padres también se caracteriza por una notable ambivalencia, en la que se mezclan el deseo de cambiar con el temor a lo desconocido y la preocupación de que pasar a actuar de forma diferente empeore las cosas, y por tanto se puede conceptualizar en términos de las fases propuestas en su día por Prochaska y di Clemente (1982). Por este mismo motivo, procuramos adaptar el nivel de dificultad y de exigencia de las tareas que proponemos al grado de motivación de nuestros consultantes; si en un momento dado no parecen dispuestos a realizar tareas, nos limitaremos a elogiar sus aciertos.

d) Hay una cuarta línea de intervención que hemos ido incorporando de forma sistemática en los últimos años, que consiste en propiciar que los padres del niño con problemas recuperen su espacio como pareja. Aunque en realidad se trata de una estrategia clásica, que se remonta a los escritos pioneros de la terapia familiar (Minuchin, 1974; Selvini

y otros, 1978), nosotros la hemos recuperado a partir de nuestra experiencia con familias en situaciones de enfermedad crónica y discapacidad, en las que hemos podido constatar la necesidad de que los cuidadores dispongan de respiros (Navarro, 2004; Rolland, 1994). El punto de partida es que a menudo los problemas con uno o varios de los hijos centran de tal forma la atención de los padres y consumen tanto tiempo y energía, que estos terminan desatendiendo no solo su espacio personal, sino también su espacio como pareja. Hemos atendido a padres que a partir de iniciarse los problemas de sus hijos llevaban dos, tres e incluso cuatro años sin haber pasado un día y ni siquiera una velada juntos, como pareja, y eso a pesar de que en la mayoría de los casos sí había familiares disponibles para atender a los hijos. En esas situaciones, proponemos a los padres la tarea que denominamos “Un Respiro como Pareja” (Beyebach y Herrero de Vega, 2010), o “La Cita” (Gottman y otros, 2006) y que consiste simplemente en organizar una velada juntos, en la que por supuesto está prohibido hablar de los hijos. Tarea simple pero nada fácil de llevar cabo y que a menudo requiere una considerable insistencia para que los padres la realicen. En nuestra experiencia, la mejor manera de plantear este experimento terapéutico es como una manera de retomar fuerzas a fin de seguir ayudando a su hijo con mayor eficacia.

Una vez conseguida esta tarea, el paso siguiente es institucionalizar que este tipo de encuentros se produzca al menos una vez al mes. A veces, las objeciones a esta propuesta, o lo que sucede cuando se lleva a cabo, muestran que existe un verdadero problema de pareja; en ese caso ofrecemos la posibilidad de iniciar un trabajo terapéutico específico una vez que la situación con el hijo se haya estabilizado. En otros casos, el trabajo sobre los espacios de pareja pone de relieve algunas dificultades en la relación con la familia extensa, que puede ser necesario abordar.

RITUALES PARA TODA LA FAMILIA

Ya hemos descrito en apartados anteriores algunas tareas que involucran a padres e hijos en la construcción de interacciones más positivas y emocionales. Aquí solo queremos añadir, sin ánimo de ser exhaustivos, algunos de los rituales familiares que nos gusta introducir a fin de potenciar el trabajo en equipo de todos los miembros (Beyebach y Herrero de Vega, 2010):

- “*El mural familiar*”. Esta tarea consiste en pedir a la familia que, entre todos, elaboren un mural en el que representen cómo quieren que sean las cosas en su familia. Padres e hijos colaboran dibujando, pintando o haciendo collage, a fin de representar sus deseos y aspiraciones.
- “*El escudo familiar*”. Esta tarea se

- dirige a reforzar la identidad como familia, especialmente en casos en los que se ha visto cuestionada por sucesos traumáticos. Pedimos a padres e hijos que colaboren para crear entre todos un “escudo familiar” que represente sus cualidades y fortalezas.
- La “*Tarea de la sorpresa*”. Consiste en pedir a los miembros de la familia que, en secreto, preparen alguna sorpresa positiva para los demás; nos gusta pedirle como una tarea conjunta para los hermanos (hacer algo que sorprenda a los padres) y a los padres.
 - En situaciones de reconstitución o reunificación familiar, o cuando se retoma la convivencia tras una separación temporal de los padres, suele ser importante crear con la familia algún tipo de *ritual de transición* que marque de forma simbólica y emocionalmente intensa la nueva etapa.
 - Utilizamos desde hace años, con excelentes resultados, el “*Ritual para Cazar Miedos*” desarrollado por Michael White para situaciones de miedos infantiles (véase: White, 1995). El ritual de “Alimentar al tigre” (Freeman y otros., 1999) es otro procedimiento derivado de la terapia narrativa, muy útil para problemas de alimentación no muy cronificados.
 - Una vez que el problema del niño ha sido superado con éxito, nos gusta proponer a la familia que realicen alguna *celebración* para congratularse por su éxito como familia y para marcar que han iniciado una nueva etapa. Esta ce-

lebración puede incluir la entrega de una invitación a todos los miembros de la red social que han aportado su apoyo y su ayuda. A veces añadimos la petición de que la familia grabe un vídeo explicando las claves de su éxito, o una carta dando consejos a otras familias que puedan estar atravesando la misma situación que ellos superaron.

CONSOLIDACIÓN DE MEJORÍAS Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Una vez que la familia ha iniciado cambios significativos y la situación está mejorando, el foco de las entrevistas pasa a estar casi exclusivamente sobre las mejorías, tratando de generar descripciones detalladas de en qué consisten, que efectos sistémicos tienen, y cómo se están consiguiendo. Esta labor de consolidación de avances a veces se ve precedida por una tarea de “deconstrucción del no cambio” (Herrero y Beyebach, 2004) y siempre incluye la prevención de posibles recaídas. La prevención de recaídas, que suele considerarse una intervención cognitivo-conductual (Marlatt y Gordon, 1985; Witkiewitz y Marlatt, 2007), tiene, en realidad, una larga tradición en los enfoques estratégicos, donde se utiliza habitualmente (Fisch y otros 1982). De todos modos, nosotros no trabajamos la prevención de recaídas con una intención paradójica, sino que la entendemos como una necesidad ante la constatación de que los cambios terapéuticos suelen incluir momentos de estancamiento y de cierto

retroceso. Se trata pues de conversar con la familia acerca de qué situaciones podrían provocar un retroceso o un estancamiento en sus avances, para después elaborar conjuntamente estrategias para manejar mejor estos posibles contratiempos.

APRENDIENDO DE NUESTROS FRACASOS

A lo largo de años, hemos aprendido mucho de los éxitos de nuestras familias, pero también de nuestros fracasos terapéuticos. En esta última sección revisaremos algunos de las fuentes de estos fracasos, así como los aprendizajes que hemos extraído de ellos:

- Uno de nuestros primeros aprendizajes fue que en familias intactas la ausencia en terapia de uno de los progenitores, generalmente el padre, creaba, en efecto, importantes limitaciones a las posibilidades de cambio. Eso nos llevó a un planteamiento más proactivo, a un esfuerzo redoblado para contar desde la primera sesión con todos los miembros relevantes del sistema.
- En otras ocasiones el obstáculo para un trabajo conjunto proviene de que uno de los progenitores está ausente; esta situación se da especialmente con madres solteras o mujeres divorciadas. En estos casos hemos aprendido a dedicar un tiempo adicional a fomentar que la

madre consolide y amplíe su red social, a fin de contar con más apoyos y poder disponer de más respiros.

- Posiblemente uno de los factores de fracaso más importantes tiene que ver con las dificultades para conseguir que los progenitores asuman su responsabilidad en el proceso de cambio de su hijo. A menudo, esto se debe a que ambos o uno de ellos se mantiene en la postura de que en realidad lo que su hijo necesita es que alguien o algo le “cure”. Esta dificultad se acentúa ante problemas especialmente intimidantes (Fisch y Schlanger, 2002), pero incluso en situaciones menos amenazantes no es raro que a los padres les cueste aceptar que ellos pueden efectivamente ayudar a su hijo, ya que esta visión contextual choca a menudo con la visión lineal que socialmente se privilegia. En esta tesitura, nosotros optamos por colaborar con los padres y explorar en más detalle cuál es su teoría del problema y de la solución (Duncan y Miller, 2000), a fin de poder presentar nuestra intervención de manera congruente con la visión que ellos tienen. Además, puede ser necesario dedicar un mayor espacio al trabajo individual con el niño o la niña y poner en a los padres en la posición de observar y detectar las mejorías.
- A veces la aparente incapacidad de los padres para movilizarse en ayuda del hijo se debe a que están tan inmersos en su propio conflicto de pareja que por

momentos no pueden acercarse emocionalmente a sus hijos. Esta situación se suele dar cuando los padres están en un proceso de separación, así como en las situaciones de violencia de género en la pareja. En ambos casos, el ruido emocional dificulta que puedan atender adecuadamente las necesidades de sus hijos. En esta tesitura nos parece recomendable acompañar la terapia familiar de un espacio individual para que los adultos elaboren y superen sus propios conflictos.

- Cuando el problema presentado tiene que ver con la escuela (bajo rendimiento escolar, situaciones de *bullying*, enfrentamientos con los profesores) un factor de potencial fracaso terapéutico es trabajar solamente con la familia y desatender el otro sistema relevante, constituido por los profesionales del sistema educativo. Hemos aprendido que, aunque engorroso, es primordial conectar con los orientadores y tutores del centro educativo a fin de lograr su cooperación y poner en marcha los cambios también en la escuela (Selekman, 1997, 2005). A menudo es necesario organizar reuniones conjuntas de padres y profesores y actuar como mediador entre estos dos sistemas en conflicto.
- Los problemas de coordinación también pueden darse en relación con otros profesionales como trabajadores sociales, pediatras o psiquiatras infantiles. Entrar en competición con ellos implica triangular a la familia y en definitiva perjudicar al niño. De ahí que

sea tan importante mantener el respeto profesional, incluso desde las diferencias de criterio, y promover una genuina cooperación. Esto es especialmente importante en los casos en los que la medicación sí puede resultar indispensable, como son algunos casos de trastornos de déficit de atención y/o hiperactividad o las psicosis infantiles.

CONCLUSIONES

En este artículo hemos pretendido mostrar cómo es posible contrarrestar la tendencia cultural a patologizar y medicalizar los problemas infantiles, y de qué manera se puede realizar un abordaje de terapia familiar colaborativo y centrado en las fortalezas de las familias. Reivindicamos, pues, el papel de los padres como los principales agentes terapéuticos en la superación de los problemas de sus hijos, y el papel de los terapeutas familiares como creadores de contextos de cambio y crecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, T.; Ogles, B. M.; Patterson, C.; Lambert, M. J. y Vermeersch, D. A. (2009), Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success, *Journal of Clinical Psychology*, 65, 7, 755-768.
- Anker, M. G., Duncan, B. L. y Sparks, J. A. (2009), Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 693-704.
- Bertalanffy, L. von (1968), *General Systems Theory*, Nueva York: Braziller.
- Beyebach, M. (1998), La Terapia Familiar Breve en el trabajo con niños y sus familias, *Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 16, 27-46.
- Beyebach, M. (2006), *24 ideas para una psicoterapia breve*, Barcelona, Herder.
- Beyebach, M. (2009), Integrative solution-focused brief therapy: a provisional roadmap, *Journal of Systemic Therapies*, 28, 18-35.
- Beyebach, M. (2012), *Más papas y menos pastillas: terapia familiar breve en problemas infantiles*. Manuscrito no publicado.
- Beyebach, M. y Herrero, M. (2010), *200 tareas en terapia breve*, Barcelona, Herder.
- Beyebach, M. y Rodríguez Morejón A. (1997), Lösungsorientierte Therapie in Spanien: die Erfahrungen der Salamanca-

Gruppe. In (W. Eberling, ed.) *Kurzgefasst-zum Stand der lösungsorientierten Kurzzeittherapie in Europa*. Dortmund (Germany): Borgman, 252-277.

- Beyebach, M., y Rodríguez Morejón A. (1999), Some thoughts on integration in solution-focused therapy, *Journal of Systemic Therapies*, 18-1, pgs. 24-42.
- Beyebach, M.; Rodríguez Sánchez, M. S.; Arribas de Miguel, J.; Herrero de Vega, M.; Hernández, C. y Rodríguez Morejón, A. (2000), Outcome of solution-focused therapy at a university family therapy center. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 116-128.
- Bohart, A. (2006), The active client, en J. C. Norcross, L. E. Beutler y R. F. Levant, (eds.), *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*, Washington: APA, págs. 218-227.
- Cortés, B.; Peralta, A.; y Machado, M. C. (2007, Septiembre), *What makes for good outcomes in solution-focused therapy? A follow-up study*. Comunicación presentada a la EBTA Conference, Bruselas, Bélgica
- de Shazer, S. (1988), *Clues. Investigating solutions in brief therapy*, Nueva York, Norton.
- de Shazer, S. (1991), *Putting difference to work*, Nueva York: Norton.
- de Shazer, S. (1994), *Words were originally magic*, Nueva York: Norton.
- de Shazer, S. y Berg, I. K. (1992), Doing therapy: a post-structural re-vision, *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 71-81.

- de Shazer, S.; Berg I. K.; Lipchik, E.; Nunnally, E.; Molnar, A.; Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986), *Brief therapy: Focused solution development*, *Family Process*, 25, 207-221.
- de Shazer, S.; Dolan, Y.; Korman, H.; Trepper, T.; McCullom, E. y Berg, I. K. (2007), *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*, Nueva York, Haworth.
- Duckworth, A. L.; Steen, T. A. y Seligman, M. E. P. (2005), Positive Psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-51.
- Duncan, B. L. y Miller, S. D. (2000), *The heroic client. Doing client-directed, outcome-informed therapy*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Dykes, M. A. y Neville, K. E. (2000), Taming Trouble and other tales: Using externalized characters in solution-focused therapy, *Journal of Systemic Therapies*, 19, 74-81.
- Fisch, R. y Schlanger, K. (2000), *Brief therapy with intimidating cases*, Nueva York, Norton
- Fisch, R.; Weakland, J. H.; Watzlawick, P.; Segal, L.; Hoebel, F. C. y Deardoff, C. M. (1975), *Learning brief therapy: an introductory manual*, Palo Alto (CA), Mental Research Institute.
- Fisch, R.; Weakland, J. H. y Segal, L. (1982), *The tactics of change. Doing therapy briefly*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Frank, J. D. (1973), *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*, Baltimore, John Hopkins University Press.
- Freeman, J. C.; Epston, D. y Lobovits, D. (1997), *Playful approaches to serious problems: narrative therapy with children and their families*, Nueva York, Norton.
- Friedlander, M.; Escudero, V. y Heatherington, L. (2006), *Therapeutic alliances with couples and families: An empirically informed guide to practice*, Washington, APA.
- Furman, B. y Ahola, T. (1992), *Solution talk: Hosting therapeutic conversations*, Nueva York, Norton.
- Gergen, K. (1985), The social constructionist movement in modern psychology, *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gottman, J. M.; Schwartz, J. y DeClarie, J. (2006), *10 lessons to transform your marriage*, Nueva York, Crown Publishers.
- Herrero, M. y Beyebach, M. (2004), Between-session change in solution-focused therapy: A replication, *Journal of Systemic Therapies*, 23, 18-26.
- Kalischuk, R. G.; Nowatzki, N.; Cardwell, K. ; Klein, K. y Solowoniuk, J. (2006), Problem gambling and its impact on families: a literature review, *International Gambling Studies*, 6, 31-60.
- Kazdin, A. E. (2004), Psychotherapy for children and adolescents. En M. J. Lambert, (ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*, 5rd edición, Nueva York, Wiley, págs. 543-589.
- Kral, R. y Kowalski, K. (1989), After the miracle: the second stage in solution focused brief therapy, *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 8, 73-76.
- Lambert, M. J. (2005), Enhancing psychotherapy outcome through feedback, *Journal of Clinical Psychology*, In Sesión, 61.
- Leff, J. y Vaughn, C. (1985), *Expressed emotion in families: its significance for mental illness*, Nueva York, Guilford.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*, Nueva York, Guilford Press.
- McGee, D.; Del Vento, A. y Bavelas, J. B. (2005), An interactional model of questions as therapeutic interventions, *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 371-384.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991), *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour*, Nueva York, Guilford Press.
- Minuchin, S. (1974), *Families and family therapy*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1981), *Family therapy techniques*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Moos, R. H. (2007), Theory-based processes that promote the remission of substance abuse disorders, *Clinical Psychology Review*, 27, 537-551.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990), *L'Arte del cambiamento*, Florencia, Italia: Ponte alle Grazie.
- Navarro Góngora, J. (2004), Enfermedad y familia. *Manual de intervención psicosocial*, Barcelona, Paidós.
- Omer, H. (2004), Nonviolent resistance. *A new approach for violent and self-destructive children*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Pérez, E. y Landarroitajáuregui, J. R. (1995), Teoría de pareja: introducción a una terapia sexológica sistémica, *Revista de Sexología*, 70-71, 5-207.
- Pinsof, W. M. (1995), *Integrative problem-centered therapy*, Nueva York, Basic Books.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982), *Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change*, *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Quick, E. (1996), *Doing what works in brief therapy. A strategic solution focused approach*, Burlington, MA, Academic Press.
- Rolland, J. (1994), *Families, illness and disability*, Nueva York, Basic Books.
- Saggese, M. L. y Foley, F. W. (2000), From problems or solutions to problems and solutions: integrating the MRI and solution-focused models of Brief Therapy, *Journal of Systemic Therapies*, 19, 59-73.
- Santisteban, D. A.; Szapocznik, J.; Perez-Vidal, A.; Kurtines, W.; Murray, E. J. y La Perriere, A. (1996), Efficacy of interventions for engaging youth/families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*, 10, 35-44.
- Selekman M. D. (1997), *Solution-focused therapy with children: Harnessing family strengths for systemic change*, Nueva York, Norton.
- Selekman, M. D. (2005), *Pathways to*

- change. Brief Therapy with difficult adolescents* 2.º ed., Nueva York, Norton.
- Selvini-Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G. (1978), *Paradox and Counterparadox*, Nueva York, Aronson.
- Shilts, L. y Reiter, M. D. (2000), Integrating externalization and scaling questions: Using "visual" scaling to amplify children's voices, *Journal of Systemic Therapies*, 19, 82-89
- Szapocznik, J.; Perez-Vidal, A.; Brickman, A.; Foote, F. H.; Santisteban, D.; Hervis, O. E. y otros (1988), Engaging adolescent drug abusers and their families into treatment: A strategic structural systems approach, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 552-557.
- Vaughn, C. y Leff, J. (1976), The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients, *British Journal of Psychiatry*, 29, 125-137.
- Wampold, B. D. (2001), *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*, Londres, Lawrence Erlbaum Associates.
- Watzlawick, P. (1976), *Wie wirklich ist die Wirklichkeit?* München, Piper.
- Watzlawick, P. (Ed.) (1984), *The invented reality*. Nueva York, Norton.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. H. y Jackson, D. D. (1967), *Pragmatics of human communication*. Nueva York, Norton [Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona, Herder, 1981]
- White, M. (1989), *Selected Papers*, Adelaida (Australia): Dulwich Centre Publications.
- White, M. & Epston, D. (1980), *Narrative means to therapeutic ends*. Adelaida (Australia), Dulwich Centre Publications.
- Witkiewitz, K. A., y Marlatt, G. A. (eds.) (2007), *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention*. London, Academic Press.



Arribeños 2606 (1428)
Buenos Aires - Argentina
Tel. 4787-5432
info@lacasitavirtual.org.ar
www.lacasitavirtual.org.ar

ACTIVIDADES ABIERTAS A LA COMUNIDAD **AÑO 2012**

Tratamiento Integral de los Trastornos de la Alimentación
Grupos Psicoeducativos para Familiares
Terapia en Grupo de Resolución de Problemas
Grupos de Regulación Emocional
Grupos para Ansiedad Social y Habilidades Sociales
Programa de Obesidad de Adolescentes y Jóvenes
Grupos de Orientación Vocacional
Talleres en Colegios para alumnos, docentes y padres
Escuela de Padres
Técnicas de relajación Yoga
Talleres de Teatro, Sexualidad, Creatividad, etc.