

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Abordaje de un proceso de Orientación a Padres

Alumno: Apogliessi Juan Ignacio

Legajo: 57428

Tutor: Dra Valeria Wittner

2016

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	3
2	OBJETIVOS.....	4
2.1	Objetivo general	4
2.2	Objetivos específicos	4
3	MARCO TEÓRICO.....	4
3.1	Antecedentes teóricos del Modelo Sistémico.....	4
3.2	El Surgimiento del Modelo Sistémico.....	6
3.3	Una nueva concepción de cambio	7
3.4	El proceso terapéutico Sistémico: Construcción de problemas y soluciones.....	8
3.4.1	Admisión y Primera Entrevista: El sistema consultante y la co-construcción del motivo de consulta.....	9
3.4.2	Las intervenciones del Modelo Sistémico.....	11
3.4.3	El final de la terapia: El cumplimiento -o no- de los objetivos propuestos.....	13
3.5	La Terapia Familiar Sistémica: Todos a la sesión.....	15
3.5.1	Definición de Familia, Pareja y Parentalidad.....	16
3.6	El Sistema Parental.....	18
3.6.1	La Orientación Parental: Las dificultades de ser padres. Del Conflicto a la consulta	19
3.6.2	Programas de orientación parental: Sus bases.....	20
3.6.3	Eficacia de los programas de orientación parental.....	21
3.6.4	Intervenciones propias de la orientación parental.....	21
3.7	El Trastorno Adaptativo.....	24
3.7.1	El Trastorno Adaptativo en niños y su tratamiento.....	24
3.7.2	Implicancias familiares en padres de hijos con trastornos.....	25
3.8	Aclarando el panorama.....	27
4	METODOLOGÍA.....	28

4.1	Tipo de Estudio.....	28
4.2	Participantes.....	28
4.3	Instrumentos.....	29
4.4	Procedimiento.....	29
5	DESARROLLO.....	29
5.1	La llegada a consulta.....	29
5.2	Admisión y construcción del motivo de consulta.....	30
5.3	Las intervenciones el proceso.....	37
5.4	Los cambios en el sistema consultante.....	41
6	CONCLUSIONES.....	44
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

1 INTRODUCCIÓN

La Práctica Profesional se llevó a cabo en una institución de aplicación del Modelo Teórico Sistémico que tiene como objetivo investigar y capacitar profesionales psicólogos en la aplicación del pensamiento sistémico y la Teoría de la Comunicación a la resolución de problemas relacionales de individuos, parejas, familias y organizaciones. Todas las actividades estuvieron directamente enfocadas a la orientación de instituciones universitarias y de profesionales que trabajan en resolución de problemas en diferentes ámbitos, a través de cursos, investigaciones, inclusión de pasantes para su inserción profesional y atención psicológica de consultantes.

El presente trabajo se plasmó en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional, correspondiente al programa académico de la Universidad de Palermo durante el año 2015.

Este proceso incluyó formación teórico-práctica realizada en la Institución elegida, conformada por actividades como el trabajo en cámara gesell, observación de material fílmico de admisiones y entrevistas realizadas por profesionales de la institución, simulaciones con los residentes y observación de encuentros de supervisión de los terapeutas de la institución. También se realizaron observación, *in situ*, de procesos terapéuticos en formatos individuales, familiares y de pareja, participación en grupos de investigación con terapeutas profesionales, a partir de los cuales se estuvieron encarando varios proyectos institucionales, y en encuentros y cursos de diversos temas dictados por los terapeutas de la institución. Todas estas actividades se complementaron con posteriores instancias de discusión y reflexión para la concretización de los aprendizajes adquiridos.

De la asimilación y concretización de los aprendizajes obtenidos durante la práctica y la colaboración por parte de los profesionales que coordinaron la misma, además de los intereses personales surgidos sobre la temática elegida, el presente trabajo integrador se basó en la conceptualización de un caso de orientación parental a una pareja, con desajustes en la capacidad de ser padres -entendiendo por ello la imposibilidad de priorizar la necesidad del niño sobre la propia-, la descripción de la situación que promueve la llegada al terreno terapéutico y el desarrollo del proceso encarado desde la perspectiva sistémica en pos de lograr la resolución del motivo de consulta.

La importancia del trabajo realizado reside en la descripción y la posterior reflexión sobre cómo el sistema familia, conformado por diferentes subsistemas interrelacionados, reviste una complejidad que en reiteradas oportunidades suponen la necesidad de ayuda profesional externa para evitar que las dificultades se profundicen creando patrones de vida desadaptativos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Describir el proceso de orientación parental a una pareja de padres de un niño de 5 años, con diagnóstico presuntivo de trastorno adaptativo, desde el abordaje del modelo sistémico.

2.2 Objetivos específicos

Describir el proceso de admisión y de construcción del motivo de consulta para proponer el plan de tratamiento, desde el modelo de abordaje sistémico.

Describir las intervenciones aplicadas durante tratamiento diseñado por el terapeuta a cargo del proceso.

Describir los cambios producidos durante el tratamiento en el sistema consultante.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes teóricos del Modelo Sistémico

El modelo sistémico comenzó a surgir y a desarrollarse gracias a ciertos aportes teóricos de otras disciplinas científicas. En este sentido, la Teoría General de los Sistemas, desarrollada por Ludwig Von Bertalanffy en los años 30, inaugura la noción de sistema como un conjunto de elementos que interactúan entre sí, suponiendo la necesidad de considerar el todo y no las partes por separado, con énfasis en la observación de las interacciones entre los elementos de dicho sistema que determinan patrones no asimilables a los elementos por separado. Los elementos en interacción, en consecuencia, revisten un comportamiento particular que se basa en la relación más que en las características de dichos elementos (Wainstein, 2006b)

Gregory Bateson (1972) ubica, en esta misma línea, la teoría Cibernética, surgida de los aportes de Norbert Wiener hacia los años 50, la cual emerge como una rama de las

matemáticas que, en su aplicación social, inaugura el concepto de causalidad circular. Esta ciencia se ocupa de investigar procesos sistémicos como los fenómenos de regulación y procesamiento de información y adaptación en máquinas, organismos o estructuras sociales (Simon, Sherlin y Wynne, 1984). Asimismo, la Cibernética conceptualiza la llamada retroalimentación, la cual supone un modo de regulación del sistema influyendo en el mismo de manera positiva o negativa. La diferencia entre ambas reside en que la primera, la retroalimentación positiva genera una fuerza transformadora en la estructura del sistema, generando un proceso que le permite al propio sistema ser más funcional; En el caso de la segunda, la retroalimentación negativa reacciona para mantener una estabilidad interna pero sin ejercer una influencia modificadora concreta en el sistema (Bateson, 1972).

La teoría de la comunicación de Paul Watzlawick (1985) supuso otro mojón en la formación del modelo sistémico a través de los llamados axiomas de comunicación. En este sentido, se define una imposibilidad de no comunicación, entendiendo que el propio encuentro entre dos o más individuos, de por sí, suponen interacción e intercambio de mensajes. Del mismo modo, ese mensaje cuenta con un aspecto de contenido y de relación, lo cual sería el qué y el cómo de la transmisión del mensaje, cuyo fenómeno informa acerca de la relación entre comunicantes que dan una significación particular al mensaje. La puntuación de las secuencias de comunicación reviste otro punto importante ya que determinan un modo de comunicar a partir del vínculo establecido entre comunicantes y las convenciones que nacen de esa interacción. En consonancia con esto, la discriminación entre los niveles de comunicación analógico y digital, promueven la concepción de que las personas se comunican desde lo verbal y lo no verbal, alternando entre ambos niveles contando con un contenido concreto pero con vital importancia en los gestos, tonalidades y el contexto en el que se produce el intercambio. Finalmente, presenta un último axioma que define las interacciones como simétricas o complementarias, según se basen en la igualdad o diferencia, puntualizando un significado que surge en la relación particular (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1985).

Todos estos antecedentes suponen una nueva concepción sobre la que se explica la conducta humana, ya alejado de las perspectivas de explicación intrapsíquicas y enfocado en la realidad relacional que supone una mente ecológica que se constituye en la interacción (Wainstein, 2006a).

En sintonía con esto, Nardone y Watzlawick (1999) puntualizan en la patología como fenómeno que no surge de mecanismos conflictivos inconscientes sino como un proceso o intento fallido de interacción dentro de un contexto particularizado en el cual no se logra adaptación y favorece una conducta disfuncional que, al ser repetitiva, se rigidiza y autoperpetúa el problema.

Con estos antecedentes, la perspectiva sistémica que hace una observación sobre el todo y las partes, encuentra ocupación en las conexiones comunicacionales entre dichas partes, diferenciando al sistema de otro tipo de acumulación de elementos en el postulado de que intervenir en el sistema supone afectar la esencia misma del mismo, lo cual lo hace de imposible manipulación, ya que trabajar sobre él supone formar parte de aquella interrelación de elementos (Wainstein, 2006b).

3.2 El Surgimiento del Modelo Sistémico

El paradigma que había guiado a la psicología como disciplina que buscaba entender la patología en los procesos inconscientes y las huellas intrapsíquicas constituidas en los primeros años de vida de los seres humanos, se veía en oposición al creciente pensamiento conductista cuyo objetivo buscaba trabajar sobre la conducta observable dentro de un ambiente que la rodea y la condiciona, para predecir e intervenir en ella (Wainstein, 2006a). Esta contraposición supuso un quiebre, tanto en la visión de cambio como en la perspectiva de acción de parte de la llamada terapia psicológica, con varios giros en su desarrollo, que suponen nuevas formas de abordaje, de planteamientos de objetivos y de planeamiento del trabajo terapéutico (Rodríguez Ceberio, 1998)

Por ello, el modelo de abordaje sistémico tiene su punto de partida en la fundación, en 1959, del Mental Research Institute, en Palo Alto, San Francisco: Esta institución por demás se constituye como representativa de la Psicoterapia en Estados Unidos a partir de las publicaciones acerca de diversas patologías relacionadas con la comunicación del psiquiatra estadounidense Donald deAvila Jackson, el psicólogo austríaco Paul Watzlawick y otras investigaciones llevadas a cabo por el equipo de trabajo encabezado por el antropólogo inglés Gregory Bateson (Wainstein, 2006a).

En este contexto, se constituyó el modelo sistémico y su forma de terapia breve, considerando el todo y las partes, interesándose por las conexiones que diferencian un

“sistema interrelacionado” de un “montón” que no pone en dependencia del contexto su funcionamiento. Pensando en términos de sistema, cambiar una disposición u orden, recortar o dividir, afecta la esencia misma de aquello en lo que se trabaja, entendiendo a la persona como parte de un sistema de relaciones que lo sostiene, lo influye y lo modifica (Wainstein, 2006b).

3.3 Una nueva concepción de cambio

El Modelo Estratégico de Resolución de Problemas ha sido inaugurado por Jay Haley (1980) postulando una modalidad de terapia breve, eficaz y eficiente, planteando metas posibles, identificando problemas que tienen solución y diseñando una estrategia terapéutica para llegar a esos objetivos. Estas estrategias, en reiteradas oportunidades, suponen un proceso de tareas paradójicas, con directivas de parte del terapeuta enfocadas a que el consultante haga lo que se le dice pero que, a la vez, se combinan con otra clase de directivas en las que se busca la resistencia y, en ese camino, lograr un cambio.

Para Watzlawick, Weakland y Fisch (1976), la resolución de problemas tienen como condición lograr eso que se denomina *cambio*, entendiendo la diferencia entre lo que, anteriormente, se había denominado cambio 1 y el cambio 2. Estos autores diferencian estas conceptualizaciones desde el postulado de que en el primer caso la modificación conductual no altera significativamente el sistema y que en el segundo hay un cambio de reglas profundo y estructural sobre el mismo. De todos modos, en su trabajo los tres coinciden en que todo cambio, por más mínimo que sea, condicionará el sistema y modificará su estructura, de manera momentánea o definitiva.

De Shazer (1985) colabora en este sentido aportando lo que se denomina la alternativa percibida, a partir de la cual el consultante lograra desestructurar los intentos fallidos en la interacción con el medio, rompiendo con el circuito autoperpetuante que sostiene la problemática. Claro que, como afirma Wainstein (2006), el cambio reviste su posibilidad de suceso en la proporcional posibilidad de hacer público y disponible en la interacción ese fenómeno de modificación, ya que es un modo concreto de fomentar una implicación social que cuestione mecanismos rígidos, confronte rutinas e incite

antagonismos, haciendo social aquello que es cerrado, fenómenos que se produce en la consulta clínica.

3.4 El proceso terapéutico Sistémico: Construcción de problemas y soluciones

Esta relativamente nueva forma de entender la terapia se apoya en el presupuesto de Watzlawick (1984) de que nadie descubre la realidad sino que ésta se inventa a través de los significados que le atribuimos a los sucesos, mediante un consenso tácito con las personas con las que se interactúa en un contexto.

De esta idea básica, se entiende que los problemas que las personas traen al ámbito terapéutico tienen que ver con el significado que han extraído de él en torno al grupo de personas con las que interactúan constantemente, generando una lógica de *Construcción* que permita que la llamada *conversación terapéutica* se estructure desde la perspectiva de un cambio que generara nuevos significados entre el consultante y el terapeuta para así lograr alternativas de acción que ofrezcan nuevas posibilidades a la persona (Morejón y Beyebach, 1994). Para Wainstein (2006) esto supone la definición del denominado Construcciónismo Social, entendiendo por el precepto que toda realidad o definición de ella es una construcción que resulta de acuerdos sociales y que se plantea en un mundo intersubjetivo, siendo el individuo una pieza -subsistema- de los sistemas sociales que se intercomunican a través del lenguaje.

Se entiende que el terapeuta trabaja con las construcciones del consultante, que no serían más que modos en la que la persona construye su relato para sí mismo y para los demás, con el agregado de que son susceptibles a negociaciones en el contexto social, y en terapia es donde se debe ayudar a refundar esa narración para encontrar un camino de solución alternativa al que no se accede inicialmente. Por eso, este modelo terapéutico postula el problema y la solución como dos categorías discontinuas, entendiendo por ello que ante un problema similar de dos consultantes diferentes pueden generarse dos soluciones totalmente diferentes pero idénticamente efectivas (Beyebach, 2010).

En este punto, es preciso citar como Watzlawick y Nardone (2000) depositan en la psicoterapia el rol de la reestructuración de la visión del mundo del paciente, proponiendo una construcción de otra realidad clínica que prescinda del motivo de consulta.

En este camino, toman especial importancia los conceptos de sistemas interrelacionados que se constituyen desde una causalidad circular, la cual presupone que cualquier variación en los elementos componentes afectarán a todo el sistema. Al mismo tiempo se plantea a la interacción que se produce entre personas como sujetas a patrones repetitivos de acción que rigidizan conductas y retroalimentan los problemas. De todo esto, se ocupa la terapia sistémica (Morejón y Beyebach, 1994).

3.4.1 Admisión y Primera Entrevista: El sistema consultante y la co-contrucción del motivo de consulta

Blejer (1964) define a la entrevista psicológica como el instrumento fundamental de todo profesional, ya sea que hablemos de un psicólogo, psiquiatra, sociólogo o trabajador social. De este presupuesto, el autor entiende a la entrevista como el elemento que da información acerca del problema y de los comportamientos del consultante que trae esa dificultad y la expone en el encuentro con el terapeuta.

Claro que previo a la primera entrevista, se realiza el inicio de la consulta a través del pactado del primer encuentro donde se realiza la definición de quienes acudirán (individual o familia), en qué momento y con cierta noción de aquello que lo lleva a consultar (Morejón y Beyebach, 1994). Esa es la pre-entrevista, que incluye el recorrido del consultante hasta llegar al territorio de terapia donde manifiesta su malestar (Wainstein, 2006b). Esta entrevista de admisión es una instancia de importancia que debe llevarse a cabo antes del inicio concreto del proceso terapéutico, y en el caso del trabajo institucional es recomendable que sea realizada por un profesional supervisor de la institución a cargo para luego elegir con adecuado criterio el perfil del profesional terapeuta óptimo para la estrategia a emplear (Perea, 2006).

Todo este proceso supone el armado de lo que Wainstein (2006) llama el sistema consultante, constituido por el consultor y el cliente, entendiendo la consulta como un sistema donde se presenta un individuo que solicita ayuda, un consultor que, con competencias y legitimidad de acción, se presta para dar esa ayuda y la posibilidad de un marco y entorno adecuado para el trabajo conjunto del propio sistema.

A partir de ello, afianzado el sistema que forman el cliente y el terapeuta, podemos definir como Primera Entrevista -que no necesariamente es un único encuentro- al tiempo

en que consultante y terapeuta establecen un vínculo que permita el trabajo conjunto, definiendo estrategias y objetivos sobre el problema planteado en un tiempo limitado de trabajo. En este sentido, la primera entrevista tiene una inmensa importancia en el desarrollo del proceso, ya que el buen inicio supondrá los cimientos de una adecuada búsqueda de soluciones a los problemas del consultante (Wainstein, 2000, 2006b).

Nardone y Watzlawick (1999) sostienen que el inicio del proceso debe darse en un marco en que el terapeuta aprenda el estilo del consultante, hable su lenguaje, acepte su narración del entorno en el que vive y la problemática que lo aqueja, generando una postura de alianza terapéutica que combata, con eficacia, la resistencia al cambio con el que el individuo llega al territorio de la terapia. El cumplimiento de esta premisa permite lograr un supuesto de la terapia sistémica estratégica, la cual fomenta que la consulta se adapte al consultante y que este asimile las intervenciones del consultor gracias al ambiente de propiciado por el vínculo empático logrado. Que el vínculo sostenga estas alternativas, permite un correcto margen de maniobra del terapeuta que, hablando el lenguaje del cliente, mantiene su alianza y promueve la motivación de encontrar soluciones alternativas del consultante durante el proceso. Todo esto no significa que el terapeuta consultor no lleva el control de la terapia sino que supone la necesidad de adaptarse al estilo idiosincrático y comunicativo de quien consulta para poder manipular sus acciones en pos de lograr los objetivos propuestos.

Por todo esto, la llamada Primera Entrevista cuenta, según Wainstein (2006), con varias etapas que permiten un buen desarrollo de la misma, lo que permite una correcta conceptualización del estilo del cliente, un adecuado planteamiento del problema y un armado de plan de acción acorde a los anteriores postulados. Existe una etapa social, donde se genera un vínculo cordial de intercambio inicial de datos y la observación de la organización del comportamiento del o de los consultantes presentes. Luego, se genera la etapa del planteo del problema, donde el terapeuta indaga acerca de la queja que trae el paciente y sus narraciones construidas del problema que expone. A esta etapa prosiguen las de interacción y fijación de metas, a partir de las cuales el consultor “pone en acción el problema”, es decir, lo trae a la sesión y deja de ser el centro de la acción -más allá que aún controla el dispositivo- para hacer emerger las interacciones del consultante, para luego

externalizar los cambios deseados, hacer un pacto claro y preciso entre terapeuta y cliente y así organizar la tarea en adelante.

La conclusión del proceso definido como Primera Entrevista, supone conocer todos los postulados detallados anteriormente con especial énfasis en la definición del problema. Esto sería determinar claramente las características de dicha dificultad, sabiendo cuándo y con quien se produce, dónde aparece, que genera, cuáles son las excepciones a la regla, cuáles son las conductas que el problema imposibilita, cuáles son las creencias del consultante sobre el problema así como también las soluciones intentadas y fallidas para llegar a una solución a la cual no se llegó al momento de la consulta. (Wainstein, 2006b).

Es preciso aclarar que, más allá de las implicancias interpersonales que debe pactarse en el sistema consultante, todo el proceso debe iniciarse con un encuadre adecuado en lo que al dispositivo respecta. Esto supone explicitar las condiciones formales en las que se realizará la terapia. Estas incluyen el acuerdo en número de sesiones previstas o tiempo estimado del proceso hasta su finalización, frecuencia y horario de las mismas, el costo monetario y el tipo de sesión –individual, familiar, en pareja, etc.-, todas cuestiones que se prestan a negociación pero que el previo consenso general supone no tener que utilizar tiempo de la psicoterapia en aclarar cuestiones formales (Ortiz, 2008).

3.4.2 Las intervenciones del Modelo Sistémico

Hablar de intervenciones y técnicas supone establecer una diferenciación entre ciertas claves, instrumentos o recetas para influir en el otro y las formas de hacer en cada momento en particular. La intervención sistémica cuenta con técnicas que no son más que algo que se hace en un momento determinado y en pos de ciertos objetivos planteados cuando la relación terapéutica está en marcha y el vínculo permite formar el sistema consultante de terapeuta-cliente. Ninguna intervención ni técnica puede sustituir esa relación, cualquiera sea el contexto en que se haga (Ortiz, 2008).

Wainstein (2006) desarrolla algunas de las intervenciones más comunes dentro del llamado modelo estratégico. Todas ellas parten de la premisa de que es imposible no comunicar y, además, toda comunicación supone conducta, lo que resultaría en que toda acción del terapeuta es una intervención en sí misma. Una de ellas es la conceptualización de *la solución intentada fallida*, como interruptor del circuito autoperpetuante del

problema, y cuyo objetivo está orientado a modificar el modo de percepción de la realidad para buscar nuevas alternativas de acción. La tarea principal del consultor es, adaptando su lenguaje y su idiosincrasia a los que presenta el cliente, influir sobre él en el convencimiento de tomar otro camino alternativo que suponga eficacia en resolver el motivo de consulta. En otro punto, toman importancia las directivas como intervenciones que presentan un modo activo de influir en el otro para lograr que ese otro haga algo diferente a lo que acostumbraba hacer, teniendo en cuenta la importancia de quien imparta las directivas sea alguien con prestigio, de modo que el respeto en el vínculo terapéutico pueda generar el cambio. En este sentido también surgen las *prescripciones directas*, aquellas que solo hacen efecto en consultantes colaboradores pero que no revierten utilidad con una persona de gran resistencia al cambio. Para esos casos, *la paradoja*, intervención que busca la resistencia del consultante y el cambio por oposición, supone una herramienta de gran utilidad para cortar con soluciones fallidas circulares, buscando que aquello que hace al problema ingobernable para el individuo, pase a ser voluntario, controlado y por ende, manejable y solucionable, poniendo en jaque el sistema de creencias adoptado por el consultante. Asimismo, *la reformulación*, también llamada *reestructuración* o *reencuadramiento*, es un método que busca reenmarcar la posibilidad de observar formas adicionales de acción, ya que el modelo sistémico pregona que la realidad que percibimos y enfrentamos no es objetiva sino que es producto de la interacción entre las visiones de cada individuo y las del entorno en el cual está inmerso y que lo condiciona. Desde este punto de vista, se supone esta intervención de reformulación como un recurso que busca construir significados alternativos que no sean incongruentes al estilo del cliente, entendiendo por ese fenómeno la importancia de que el profesional terapeuta pueda hablar el idioma del paciente, empatizar con su pensamiento y sus valores, y permitirle así la percepción de que el ámbito terapéutico es un lugar que lo identifica y lo contiene frente al problema que busca combatir y solucionar.

La acción sobre los patrones (O'Hanlon, Weiner-Davis, Beyebach, y García, 1990) supone una intervención que busca cortar con las pautas acostumbradas que circularizan el problema mediante la introducción de cambios en diferentes niveles como la frecuencia, la duración, el momento del día, la ubicación, la intensidad, el orden en que se presenta, añadiendo o quitando elementos en la secuencia en que se presenta el síntoma, entre otras

modalidades. En esta línea, el *uso de anécdotas, relatos, metáforas y analogías* puede permitir dar una visión alternativa a la vivencia del consultante, minimizando la resistencia y amplificando lo que el consultor quiere transmitir (Wainstein, 2006b).

Las intervenciones enfocadas hacia las soluciones y el futuro, que engloban otras diversas técnicas, suponen poner al consultante en el camino de la solución a través de las llamadas excepciones que, al hacerlas conocidas, pueden funcionar como palanca de cambio si es que se tornan significativas para el propio consultante y su entorno. Aquí se encuentran *la técnica del milagro o de la bola de cristal* -donde se intenta poner al consultante en la situación donde el problema ya no exista de un momento a otro o bien, proyectar un futuro exitoso para dar una perspectiva diferencial- y *la ubicación en una escala* (De Shazer et al, 2010; Beyebach, 2010) -cuantificar la evolución del malestar ocasionado por el problema-. También emergen como técnicas el *uso de la ambigüedad* -comunicarse de forma abierta para dejar volar la interpretación del consultante al expresarse-, *escribir, leer y quemar* (De Shazer, 1985) -pactar los momentos del día en el que se permite sentir malestar, aprender a manejarlos para luego desecharlos- y la llamada *haga usted algo diferente* (Haley, 1980), la cual supone interrumpir una conducta y reemplazarla por otra distinta que se ajuste a la situación planteada y tenga un nivel de eficacia que permita significación en el consultante (Wainstein, 2006b).

Todas estas intervenciones se focalizan en adecuar medios y fines y están íntimamente relacionados con resolver los problemas de los consultantes a partir de los objetivos convenidos por todo el sistema terapéutico. Cuanto más avance el proceso, mayor será el abanico de intervenciones y técnicas para usar, ya que la motivación del consultante abre nuevas perspectivas de acción. ¿Pero qué hacer al principio, cuando la alianza no está concretada en su totalidad? La tarea formal es un buen instrumento para las primeras entrevistas, a partir de las cuales se busca crear un espacio de reflexión y compromiso en el consultante, quien a través de ciertas actividades propuestas por el consultor, inauguran espacio de creación donde expresar una visión de futuro deseado acerca de los acontecimientos (Wainstein, 2006b).

3.4.3 El final de la terapia: El cumplimiento -o no- de los objetivos propuestos.

El desarrollo del proceso terapéutico funciona a partir de lograr el mantenimiento de los avances que sesión a sesión se van logrando y consolidando en los encuentros futuros. El preguntar por estados de mejoría supone un buen inicio de cada sesión, para luego ocuparse de las quejas o molestias que se mantienen para seguir trabajando sobre ellas (Morejón y Beyebach, 1994).

La terapia se convierte, entonces, en una sucesión de conversaciones acerca de lo que ha ido bien, de lo que comienza a estar yendo bien y de lo que aún se puede mejorar, centrando el desarrollo en los recursos del consultante, en las llamadas excepciones, entendidos como los momentos en que el problema no se presenta, y en los objetivos, que sería el enfoque de la circunstancia a futuro sin presencia del problema por el que se consulta (Beyebach, 2010).

Ortiz (2008) asegura que el proceso siempre debe tener fecha de caducidad marcada por la conquista -o no- de los objetivos propuestos y pactados por el sistema consultante. Estos pueden darse por deserción, por evaluación del consultante o para continuar un seguimiento temporario que permitan una supervisión posterior al cierre de la terapia. Cada uno de estos motivos tiene un sentido que, más allá de ser por criterio de alguno de los integrantes del sistema consultante en forma unilateral o por consenso todos los que participan en la terapia, suponen un punto final al proceso que devuelve al consultante su autonomía fuera del proceso, lo que le permitiría enfrentar desafíos y problemáticas que le generen una queja con los preceptos y valores agregados adquiridos en su territorio terapéutico (Nardone y Watzlawick, 1999).

El logro de los objetivos propuestos es un adecuado indicador del momento apropiado para finalizar un proceso, ya que supone la conclusión de que el problema planteado era de solución alcanzable, más allá del planteamiento de nuevos problemas que serán tema de otro proceso diferente, aun manteniéndose los mismos integrantes del sistema consultante (O'Hanlon et al, 1990).

Hasta aquí se ha realizado un recorrido del proceso terapéutico utilizado por el modelo sistémico, diferenciando instancias claves como, al inicio, la pre entrevista, la admisión y la llamada Primera Entrevista (Wainstein, 2006b), el posterior desarrollo de las entrevistas (Beyebach, 2010; Nardone y Watzlawick, 1999; Wainstein, 2006b) y el proceso de cierre (O'Hanlon et al, 1990; Ortiz, 2008) que, a través de las intervenciones propias del

modelo (O'Hanlon et al, 1990; Wainstein, 2006b), permiten un modo de atender la consulta del cliente, desarrollar una estrategia de trabajo consensuada en todo el sistema consultante y reconocer el cumplimiento de los objetivos propuestos (Nardone y Watzlawick, 1999).

Es preciso aclarar que, desde este modelo, los formatos terapéuticos suponen variadas modalidades de acción y ámbitos de aplicación a partir de los cuales trabajar clínicamente con el cliente. De estos formatos de intervención, podemos clasificar la terapia de tipo individual, la de intervención familiar y la de pareja, como los principales recursos, las cuales pueden incluir el trabajo en sistemas más amplios como la escuela o la comunidad conforme a las necesidades planteadas (Wainstein, 2006b, 2013).

En el presente trabajo, se hará especial enfoque en la terapia de formato familiar, la cual contiene el tratamiento del caso a describir.

3.5 La Terapia Familiar Sistémica: Todos a la sesión.

Tal como se planteó al final del apartado anterior, el modelo incluye varios formatos que pueden ser de intervención individual, familiar o de pareja (Wainstein, 2006b, 2013). En este punto, y gracias al contexto cambiante al que se enfrentaron las instituciones históricamente, se abre la necesidad de un asesoramiento, o bien orientación familiar, la cual nace a mitad del siglo XX como asesoramiento a padres, ya que los padres eran, por entonces, conceptualizados como los responsables de la familia y como portadores de la necesidad de ayuda instructora para asumir esa responsabilidad en ese sistema y en su educación, a partir de la observación y el trabajo sobre las interrelaciones familiares (Casas Fernández, 1988).

En este contexto, como se pudo reconocer hasta ahora, los supuestos teóricos y las técnicas básicas del modelo sistémico permiten un entendimiento más acabado de la dinámica de las interrelaciones familiares. Esto se logra a partir de la observación de las interacciones de los componentes cuando estas conductas aparecen, reconociendo qué funciones tienen estas últimas en la composición o estructura total familiar. Es interesante como la institución familia, vista como un sistema abierto y relacional, incluye y supera las individualidades de sus elementos, formando un todo al cual hay que observar como tal en su modo de interrelación. La meta terapéutica de la intervención en familias significaría encaminar el cambio de toda estructura disfuncional que puede significar tanto un viraje en

los canales patológicos de comunicación como del estilo interaccional que caracteriza al sistema (Villena y Soto, 1993).

Minuchin y Fishman (1984) agregan la importancia de que el proceso esté supervisado por un consultor entrenado e idóneo y, por consiguiente, su rol en la terapia de familia supone, como postulado innegociable, incluirse él mismo como elemento en el sistema. El terapeuta de familia no puede observar desde afuera sino que tiene que integrarse al sistema de elementos interdependientes que supone el grupo que demanda y que daría lugar, como ya se ha explicado, al sistema consultante. Estos autores reconocen que para ser eficaz como miembro de este sistema, se debe intervenir con las reglas del sistema aunque con amplitud de recursos, permitiendo lo que ellos llaman la *espontaneidad terapéutica*, que no es más que la capacidad del consultor de emplear diferentes aspectos de sí mismo frente a contextos sociales cambiantes.

3.5.1 Definición de Familia, Pareja y Parentalidad

Salvador Minuchin (2001) reconoce, dentro del llamado sistema, a la estructura familiar como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, construyendo pautas transaccionales que determinan de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Este autor habla de que esa estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian y ante la hipotética imposibilidad, se debe buscar asesoramiento.

La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio, ya que es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Esas pautas caracterizan la estructura familiar, controlan el funcionamiento de los miembros de la familia y definen sus conductas. La familia, como sistema, necesita de una estructura estable para funcionar, incluyendo individuos interrelacionados por un sentimiento de pertenencia. La familia, como entidad, no es estática, sino que va modificándose constantemente, y su comienzo se conceptualiza como el momento en que dos personas adultas se unen con el fin de constituirla. Ese subsistema de cónyuges ofrece a sus miembros una plataforma de apoyo para el trato con el entorno extrafamiliar y sus desafíos, y supone un holón importante que resulta del sistema familiar y da lugar a otros subsistemas como el parental, entre otros (Minuchin y Fishman, 1984). Podemos definir a

la pareja como una relación significativa, consensuada y con estabilidad en el tiempo pero que no es semejante, sino que supone la diferencia. Está llena de facetas y contrastes, desajustes e inestabilidades que, paradójicamente, tienen como objetivo la esa estabilidad que la sostiene como tal (De la Espriella Guerrero, 2008). Por otro lado, Wainstein y Wittner (2003) definen a la pareja, desde una perspectiva psicosocial, como una entidad social acotada y que se construye en la relación entre dos personas, que forman un sistema y producen relaciones diádicas entre ellas, las cuales las hacen particulares, más allá de que esas vinculaciones suelen constituirse bajo el respeto de leyes y convenciones sociales más amplias del contexto donde están inmersas.

La pareja, en su evolución, supone el desafío de nuevas conquistas y una de ellas, es la llegada de los hijos y la responsabilidad que el rol parental supone. Aquí se inaugura el fenómeno llamado *parentalidad*, el cual hace referencia a las actividades desarrolladas por los padres y madres para cuidar y educar a sus hijos, y promover su socialización, sin importar la constitución de la estructura familiar, sino basándose en las actitudes y la forma de interaccionar en las relaciones paterno/materno-filiales a partir de la asimilación de ciertas competencias parentales (Barudy y Dantagnan, 2010).

Barudy y Dantagnan (2005) distinguen dos grupos que componen dichas competencias parentales: Las capacidades parentales fundamentales y las habilidades parentales. Dentro de las primeras, se incluyen la capacidad de apego y la empatía como recurso de entender el mundo interno de los niños y responder a sus necesidades. Entre las segundas, se contienen los modelos de crianza, la habilidad de participación en redes sociales, la utilización de recursos comunitarios, como formatos de crianza que se transmiten generacionalmente y la importancia de establecer vínculos sociales que fortalezcan y otorguen recursos.

Barudy y Dantagnan (2010) explican, además, cómo un rol parental puede ser ejercido tanto por un individuo con vínculo biológico con el niño o por una figura de vínculo social para con el mismo. Sin embargo, estos autores reconocen a la parentalidad competente solo a aquella vinculación Niño-Cuidador basado en el aseguramiento de un aporte nutritivo, de afecto, cuidados y estimulación para hacer frente a los desafíos que suponen su evolución y crecimiento, y a la adaptación de los diferentes cambios en su entorno. Del mismo modo, los aportes educativos suponen la posibilidad de transmisión de

valores que doten al niño de la capacidad de colaborar con la co-construcción del bienestar común a través de una adecuada manifestación de afecto en el proceso de desarrollo y madurez. En relación a esto, los aportes socializadores toman importancia como base de la construcción de la identidad del niño como resultado de haber recibido determinadas pautas de sus figuras parentales -tanto en los aspectos positivos como negativos- constituyendo los niveles cognitivos, afectivos y conductuales que podría llevar a cabo en su futuro. Finalmente, los aportes protectores y la promoción de la resiliencia para una función parental adecuada se basan en la necesidad de protección de un adulto sobre el niño que está a su cuidado para lograr la capacidad de enfrentar sanamente los desafíos de su vida.

3.6 El Sistema Parental

Minuchin y Fishman (1984) hablan de la presencia de distintos *subsistemas* dentro del sistema interaccional familiar que incluyen al conyugal, al parental y al fraterno. Estos autores incluyen dentro del subsistema parental la crianza de los hijos y las funciones de socialización, teniendo estas que modificarse a medida que el niño crece y sus necesidades cambian. El rol de los padres, dentro de lo que los autores conceptualizan como *holón parental*, se enfrenta a problemas de control que continuamente se dan en las familias y que se solucionan o producen un atasco.

Muchas de las cuestiones que el subsistema de pareja no resuelve a tiempo en el inicio de la relación antes de tener hijos, comienzan a ser tratados justamente a través de la llegada de la responsabilidad parental. A partir de allí, la díada comienza a ser una tríada que reorganiza todo el sistema. Ser padres supone más distancia de sus familias de origen pero más compromiso en el sistema familiar. El fenómeno supone empezar a ser responsable de un niño, ser padre, ser otra cosa diferente a lo que acostumbraba a ser la persona, ya sea hijo, marido/mujer, entre otros roles. Es cuando se produce una alternancia entre el disfrute de los placeres y la necesidad de resolver los problemas que supone la crianza (Haley, 1989). Beavers y Hampson (1995) ponen el énfasis en la fuerza y la calidad de la díada paterna como fuente primordial de disfunción familiar. A partir de las llamadas coaliciones paternas, la estructura familiar se reformula generando la reorganización del sistema, con niveles que van desde los más disfuncionales al punto óptimo de funcionamiento para que la relación parental sea la adecuada. Por un nivel inadecuado de

coalición se entiende la alianza entre uno de los padres con el niño frente la otra figura parental. En esto se incluye en límites generacionales trastocados, mensajes contradictorios en el niño y tendencia a la socavación del adulto excluido por la alianza creada. El punto de óptimo funcionamiento supone una firme coalición entre ambas figuras parentales para la transmisión de conocimiento, valores y reglas al niño, que recibe un mensaje unificado y representativo de sus padres, más allá que no haya acuerdo absoluto en la intimidad.

Los desacuerdos y problemas que no pueden manejarse a ese nivel, suponen la necesidad de consulta. Ese punto puede permitir la llegada a terapia del grupo familiar donde el terapeuta debe prestar atención a la participación de todos los miembros en el mantenimiento de la interacción disfuncional y en la búsqueda de la eventual solución con los recursos que el propio sistema posee (Minuchin y Fishman, 1984).

3.6.1 La Orientación Parental: Las dificultades de ser padres. Del conflicto a la consulta

En los comienzos de las prácticas de tratamiento psicológico con niños, rara vez los padres eran incluidos en el proceso ya que, desde una perspectiva más psicodinámica, se pensaba que su intervención obstaculizaba el objetivo terapéutico. Superada esa etapa, desde hace un tiempo se puede hablar de que ciertas deficiencias parentales suponen una herencia que hacen que los padres de hoy no actúen libremente como tales por dificultades aprendidas de cuando cumplían el rol de hijos (Caride de Mizes, 1983). Por eso, la intervención concreta en los roles de los padres surgió, desde hace más dos décadas, persiguiendo el valor preventivo con la búsqueda de generalizar una higiene mental en los adultos con roles parentales y, por lo consiguiente, en los niños a su cargo afectando no solo el papel de los padres y de hijos sino el de todo el núcleo familiar (Toro, 1984).

Rey (2006) considera que, dentro de las disfunciones del sistema familiar, las problemáticas de comportamiento infantil han sido tratadas, a lo largo de los años, mediante la intervención sobre los mismos niños. Sin embargo, es posible brindar a madres y padres de estos niños un programa de entrenamiento que les permitan afrontar con éxito estas situaciones. Este proceso se denomina entrenamiento u orientación de padres y consiste en capacitar a madres, padres u otros cuidadores en principios, técnicas y estrategias que les permitan entender y tratar el comportamiento de sus hijos. Para lograr un

proceso adecuado, según Bartau, Maganto y Etxeberría (2001), es importante entender al rol del orientador como el de agente de cambio y facilitador de las relaciones no solo con los padres sino también entre los agentes educativos de las diversas instancias, para atender a las necesidades de los niños, padres, familias, escuelas y comunidad en forma integrada.

Ferro García y Ascanio Velasco (2014) expresan que la mayoría de los procesos terapéuticos de orientación a padres se basan en la mejora en la capacitación en las habilidades sociales para la crianza parental en casos disfuncionales que podrían determinar cierto grado de inadaptación social, familiar y/o escolar. Sin embargo, las competencias parentales y el desarrollo de los hijos no dependen exclusivamente del rol de los propios padres sino que tiene su correlato en la influencia del entorno donde se dan interrelaciones variadas y consistentes que afectan al sistema.

3.6.2 Programas de orientación parental: Sus bases

Barkley y Benton (2000) realizan uno de los principales trabajos que detallan un procesos de orientación parental diagramando una serie de fases que un grupo de padres puede llevar adelante para aumentar el conocimiento de los hijos, reformular relaciones y mejorar el comportamiento a partir de ciertos pasos enfocados al fortalecimiento de la habilidad de educar, reforzar las conductas positivas y desmotivar las negativas, para favorecer la crianza de niños sanos y con habilidades sociales aplicables en diversos contextos y a lo largo de su vida. Gottman y DeClaire (1997) compartieron esta postura y soslayan la importancia del éxito en lo que se denomina *capacitar para empatizar* a los padres para con los hijos a partir de cinco pasos propuestos en pos de tener conciencia de las emociones del niño, reconocer la emoción como una oportunidad para la intimidad y la enseñanza, escuchar con empatía y convalidar los sentimientos del niño, ayudar al niño a ponerle nombre a las emociones y fijar límites mientras se ayuda al niño a resolver problemas.

Esto se refleja en que la terapia que inicialmente puede ser enfocada en un niño, plantee la necesidad de un viraje hacia un enfoque de intervención familiar integrado, incluyendo en el proceso de establecimiento de objetivos la situación emocional y social de los padres, ocupándose las conductas que acentúan la ansiedad de la pareja de padres (Toro, 1984).

3.6.3 Eficacia de los programas de orientación parental

Cataldo (1991) reporta una amplia eficacia de los programas de formación de padres en el mejoramiento del desarrollo de los niños, mejora en las relaciones familiares, mayor sentimiento de autocompetencia de los padres en torno a sus responsabilidades y mejoramientos en la calidad de relación en el sistema familia-escuela-comunidad. Robles Pacho y Romero Triñanes (2011) realizan un estudio más reciente sobre la eficacia del entrenamiento de padres de niños con problemas de conducta y distinguen dos posturas: la conductual y la basada en las relaciones interpersonales. La diferencia entre ambas radica en el tipo de intervención. Los llamados programas conductuales basan su intervención en técnicas de modificación de conducta provenientes de los principios del aprendizaje social de Mooney (Robles Pacho y Romero Triñanes, 2011, p.87). En contraposición, la postura interaccionista dirige su intervención a los procesos de interacción y comunicación ocurridos entre los miembros de un sistema familiar.

Otros programas evaluados mostraron que los resultados de los mismos tienen criterios diferenciales. Por un lado, se puso énfasis en las diferencias observadas en los resultados de procesos realizados con padres de mayor nivel educativo que otros, llegando a la conclusión que a mayor nivel de escolarización, mayores recursos para adquirir competencias parentales propuestas (Cámara y Romero, 2006). Se observó, también, que las dificultades socioeconómicas, los conflictos de pareja, complicaciones conyugales, patología de las figuras parentales, el creciente número de madres solteras y la falta de apoyo social suponen grandes desventajas para el mantenimiento de los procesos terapéuticos, de la magnitud y la duración en el tiempo del cambio experimentado y la expectativa de mejoramiento en el sistema que consulta (Marinho y Silvares, 2000).

3.6.4 Intervenciones propias de la orientación parental

Los padres, como responsables de la crianza de sus hijos hasta su emancipación, enfrentan grandes problemáticas en esa ardua tarea. A grandes rasgos, el cansancio y la desesperación por hacer cumplir las normas y la frustración por evitar el conflicto para con sus hijos suponen desafíos en la mayoría de los padres que acentúan la necesidad de cambiar las condiciones. El desafío es cambiar, y para que tanto el niño como sus padres

puedan hacerlo, es necesario que cambie la actitud del sistema, para dejar de lado la frustración de no sentirse capaz de lograrlo (Barkley y Benton, 2000).

En esta línea, Gottman y DeClaire (1997) ponen el acento en la denominada *capacitación emocional* de los padres para poder tener una mayor cercanía y una adecuada comunicación con los hijos. En la relación con los hijos, la presencia de la capacidad de empatizar con un hijo supone, sin dudas, una herramienta muy poderosa que le permitirá al padre que un niño lo considere un aliado y así repercutir positivamente en como el chico se evalúa a sí mismo. La falta de empatía, por el contrario, construiría una imagen disruptiva de sí mismo, profundizando su malestar y su estado de incompreensión.

Las intervenciones, siguiendo estos modelos, suponen que el consultor logre establecer las bases relacionales para que el padre conozca más a su hijo, y este encuentre en su padre una figura de apego y confianza. En este sentido, ciertos refuerzos y estrategias toman una importancia crucial en el proceso, como es el mantenimiento de la creatividad y la consistencia en el rol parental. La Creatividad de los padres es un aspecto importante en la educación del niño pero no es nada en comparación con la consistencia, que es la forma en que trata a su hijo, como es el establecimiento de normas, la transmisión de expectativas, la atención que se le presta, el estímulo al buen comportamiento y la reacción ante el inadecuado (Barkley y Benton, 2000). Todos estos lineamientos suponen la capacitación emocional que permite que tanto los padres como los hijos puedan hacer más conscientes sus emociones y estén más dispuestos e integrados para expresarlos (Gottman y DeClaire, 1997).

La definición de subsistemas es otra cuestión a resolver. En este punto, la jerarquía parental supone un importante punto de partida para definir desde dónde hasta dónde, y desde quién hasta quién se ponen los límites y se establecen las normas. El subsistema conyugal y sus dificultades suponen un holón que debe diferenciarse del subsistema parental, consensuando que el enojo de la pareja no supone enojo en el rol de padre ni viceversa (Minuchin y Fishman, 1984).

De esta diferenciación de subsistemas y de roles dentro del sistema familiar, se le pueden sumar las intervenciones cognitivas conductuales que el modelo sistémico retoma y

utiliza en su dispositivo. Estas intervenciones están enfocadas en fomentar ciertos hábitos en los padres como, por ejemplo, prestar atención, que supone destinar un momento diario para estar con el niño para interactuar con él en un clima sin críticas ni correcciones, sin preguntas intrusivas, permitiendo el juego que le gustaría llevar adelante al niño, apreciando lo positivo, elogiando y reconstruyendo la confianza y la compasión. El elogio es otro recurso que busca un reconocimiento que incremente las posibilidades de repetir el buen comportamiento, y de demostrar que la cooperación tiene sus beneficios, como puede ser el recurso de la recompensa, incluyendo incentivos -economía de fichas que se cambian por premios deseados por el niño-. El uso de disciplina moderada suele ser útil en la jerarquización de castigos ante comportamientos inadecuados, no castigando todo del mismo modo sino diferenciar por nivel de gravedad y posibilidad de resolución pacífica, como el caso del llamado *Tiempo Fuera*, momento en que ante la necesidad de frenar una conducta, tomarse el tiempo para reflexionar con el niño sobre lo sucedido. Una vez consolidadas las técnicas anteriores dentro del hogar, es importante extender las estrategias al llamado Mundo Real tan temido en padres con hijos pequeños -restaurantes, negocios y demás lugares públicos-. Es importante aprender a anticipar problemas y establecer un plan, acentuando lo positivo y dándoles pautas creativas a los niños para reforzar el buen comportamiento (Barkley y Benton, 2000).

Como se pudo ver en todo este apartado, la intervención sobre el subsistema parental emerge como la base del asesoramiento terapéutico del sistema familiar, que encuentra entre sus problemáticas a las consecuencias producidas por las deficiencias en el rol parental (Caride de Mizes, 1983). Mejorar y nutrir las habilidades sociales necesarias para la crianza supone una herramienta de intervención muy útil para el desarrollo salugénico del sistema familia, entendido éste como escenario determinante a la hora de la interrelación de cada individuo con su entorno (Ferro Garcia y Ascanio Velasco, 2014). Por todo esto, los programas de orientación parental han permitido un avance en las relaciones familiares y en la percepción de autocompetencia de los padres a la hora de criar a sus hijos (Cataldo, 1991) afianzando sus capacidades parentales y desarrollando niños más fortalecidos para afrontar los desafíos de su futuro (Barkley y Benton, 2000; Gottman y DeClaire, 1997).

Sin dudas, muchas de las competencias parentales y estilos de crianza de los niños tienen un correlato emparentado con las habilidades aprendidas en la vida en sociedad, pero también puede darse que el desarrollo familiar responda a la consecuencia de la presencia de un trastorno en el niño, lo cual supone un desafío adicional en el rol de padres o a la inversa (Gottman y DeClaire, 1997).

La American Psychiatric Association (2013) define que un trastorno mental es una entidad clínica de determinada evolución, que puede iniciarse en la adolescencia o adultez temprana, y que deben ser tratadas para su control ya que ocasionan un gran impacto en el funcionamiento personal, familiar, social y laboral del individuo que lo sufre.

De esta realidad que puede presentarse, nos ocuparemos a partir de ahora con especial atención en un tipo de trastorno, el Trastorno Adaptativo Subtipo Mixto, que se presenta como presuntivo en el caso desarrollado en el actual trabajo.

3.7 El Trastorno Adaptativo

Dentro de la definición general dada anteriormente, se puede conceptualizar el Trastorno Adaptativo como un desorden que supone la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Entre sus subtipos, el mixto, en la reconceptualización del DSM-5 con respecto al DSM IV-TR, se caracteriza por la aparición de síntomas depresivos y ansiosos en respuesta al estrés que se produce después de la exposición a un evento doloroso o como una categoría residual para las personas que presentan malestar clínicamente significativo sin cumplir los criterios para otro trastorno (American Psychiatric Association, 2002, 2013).

3.7.1 El Trastorno Adaptativo en niños y su tratamiento

Montes y Corbella (1998) hablan sobre los estresores que suelen enfrentar las personas durante su vida, muchas veces, suponen respuestas desproporcionadas con la naturaleza del estresor, con quejas de deterioro significativo en la actividad social, laboral o escolar y que no se explican desde la vivencia de una situación de duelo real. El diagnóstico de este trastorno supone un estado de ánimo de nivel distímico que no se puede incluir en

un trastorno específico, donde hay un estresor reconocible y que no supere el periodo de seis meses desde el afrontamiento del estresor.

Cuando se habla de un alteración del estado de ánimo en un niño, se hace una referencia a como las respuestas emocionales o comportamentales difieren de lo esperable conforme a su condición social, nivel educativo, realidad familiar y condiciones de crianza de parte de los adultos significativos con los que convive. Hay afectación de su rendimiento en varias esferas, incluyendo su cuidado y adaptación personal, relaciones sociales, progreso académico, conducta para con sus pares y acomodamiento a nuevos ámbitos. Un rasgo característico de los desórdenes emocionales en los niños es su continua variación, la cual desemboca en variados niveles de problemas de conducta, emocionales y de relaciones sociales que engloban varias esferas de su vida (Jadue, 2002).

Casey (2009) señala tres estrategias básicas en las intervenciones psicológicas de los Trastornos Adaptativos. Entre ellas encontramos recursos como la reducción del estresor con técnicas de resolución de problemas y bases para la toma de decisiones, la recontextualización de la situación, aplicando técnicas psicoeducativas y la reestructuración cognitiva, y las técnicas de Cambios de la respuesta al estresor mediante la reducción de los síntomas y el cambio comportamental como acciones de relajación y la reformulación del significado que el estresor conserva en la persona. Sin embargo, todas estas estrategias están destinadas a un universo consultante de edad adolescente o adulta ya que el caso de un niño de edad de nivel inicial supone la necesidad de establecer un proceso de atención familiar con todo su grupo conviviente para lograr superar el problema reforzando al sistema familiar e interviniendo en la generación de recursos para la resolución de problemas (Montes y Corbella, 1998).

3.7.2 Implicancias familiares en padres de hijos con trastornos

La problemática de un niño con un trastorno psicológico dificulta, a menudo, la labor educativa y de crianza de sus padres. Estos, en reiteradas oportunidades, sufren la sensación de frustración y culpa, estrés y colapso de responsabilidades, baja autoestima, además de insatisfacción y desconfianza en la percepción de sus habilidades parentales. A esto se le suma la constante experiencia de ser destinatario de crítica social por la condición

y el comportamiento perturbador de sus hijos, al punto de aislar a su sistema familiar de su contexto social (Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Melià De Alba y Roselló, 2008).

Gottman y DeClaire (1997) reconocen cuatro estilos de ser padres, relacionados a lo que las figuras parentales reciben o creen recibir del estilo de sus hijos, que no es más que el estilo parental impreso por el proceso de crianza llevado adelante. La presencia de un trastorno y las dificultades que desencadena en los padres pueden dar lugar a ciertos estilos parentales. Estos autores reconocen al llamado *padre desdeñoso*, el cual percibe los sentimientos de su hijo como poco importante, fastidiándose por las emociones negativas de su progenitor y ridiculizando sus emociones, constituyendo niños con aprendizajes de poca empatía y mucha dificultad en la experimentación emocional. Otro estilo es el llamado *padre desaprobador*, que supone un estilo similar al anterior aunque con formas más negativas, estrictas y agresivas, dando lugar a niños, al igual que el desdeñoso, con sentimientos de autoinvalidación. El tercer estilo es el del *padre permisivo* que acepta libremente toda expresión emocional de su hijo sin fijar límites ni ayudar a enfrentar sus angustias, las cuales considera que se resuelven por sí solas, provocando niños cuya regulación de emociones son inexistentes. El cuarto estilo, *el capacitado emocionalmente*, es el más indicado según Gottman y DeClaire (1997), ya que valora las emociones, empatiza con su hijo, enseña a resolver problemas, criando hijos con manejo emocional y capacidades sociales positivas.

La presencia de trastorno en los niños supone una retroalimentación y una influencia recíproca entre padres e hijos que determinan el vínculo, acentuando conflictos de interacción entre elementos del sistema y profundizando las dificultades existentes (Barkley y Benton, 2000).

Las familias con hijos con trastornos suponen una necesidad de apoyo en varios aspectos para poder sobrellevar la problemática experimentada en la crianza. En este sentido, el contexto y el funcionamiento colaborativo de los elementos del sistema supone tomar medidas que protejan el vínculo familiar, el bienestar psicológico de la pareja de padres y el desarrollo socioemocional del niño. Es de suma importancia la reducción del estrés que supone una patología, mejorando la autopercepción de las figuras parentales y ayudando a redefinir sus percepciones del hijo mediante el entrenamiento en atribuciones, y potenciando la comunicación y solución de problemas (Miranda-Casas et al, 2008).

3.8 Aclarando el panorama

Desde el surgimiento de la perspectiva sistémica, se llevó adelante una nueva conceptualización del cambio (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976) basado en un tipo de realidad que se co-construye en interacción con el otro, dando una noción de mente ecológica que se constituye en esa interacción (Bateson, 1972). Este postulado ha dado lugar a un tipo de intervención terapéutica sostenida en formación de un sistema consultante, por un consultor y un cliente que conjuntamente construyen un motivo de la consulta y una estrategia de acción basada en objetivos claros, alcanzables y, siempre, presentes en el desarrollo del proceso, así como también sostenida en la alianza terapéutica forjada en ese escenario de intervención (Wainstein, 2006b).

Allí se pone en juego aquello que trae el consultante, el estilo del consultor y el fenómeno de acción que nace de esa interacción, cuyo objetivo es lograr el cambio y perseguir una alternativa de acción que ponga en jaque al circuito autoperpetuante que rigidiza el problema que se pone en observación (Watzlawick y Nardone, 2000). Pero esa observación no es distante, ni supone una mirada despojada de toda subjetividad sino que es el resultado de la inclusión de terapeuta dentro del sistema que inicialmente observa (Minuchin y Fishman, 1984) y que en el vínculo terapéutico lo hace ser parte de él como un elemento de cambio determinante en el futuro del sistema, aprendiendo el estilo y el lenguaje del consultante, y perpetuando la alianza (Nardone y Watzlawick, 1999).

De este fenómeno sistémico, surge la construcción de objetivos y la elección del formato con el cual trabajar, la diferenciación de subsistemas y la indagación sobre posibles trastornos en los elementos del sistema implicados. Todo esto supone el trabajo, además, sobre el entramado de intervenciones y co-construcciones del consultante, las cuales están presentes al inicio del proceso y permiten reconocer avances y retrocesos en el procedimiento con el fin de cumplir las metas propuestas e instrumentar la resolución parcial o total de una dificultad, y así sentar las bases psicológicas para enfrentar los desafíos de las problemáticas futuras (Wainstein, 2006b).

Hablar del futuro -y de los desafíos que éste supone- permite hacer un paralelismo con aquello que los individuos hacen del presente y plasman para el porvenir, resultando imposible no vincular que el estilo de crianza de los padres de hoy constituyen la base de los adultos del mañana. Por lo expresado, la orientación parental, como escuela en el arte de

afianzar las competencias de crianza, emerge como un modo de acompañar a los individuos en esos desafíos invisibles que significan ser padre o madre hoy en día, en un ambiente que evoluciona a ritmos agigantados, que inaugura desafíos constantemente y, por lo tanto, genera la imperiosa necesidad de nuevas estrategias de acción (Barudy y Dantagnan, 2010)

4 METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo, de caso único

4.2 Participantes

El sistema consultante está formado por Roberto, de 38 años, quien es Licenciado en Comercio Exterior y está casado con Daniela, ama de casa de 36 años, hace 10 años y con quien tiene un hijo, Pedro, de 5 años de edad. Este matrimonio es oriundo de un pueblo de la Provincia de Buenos Aires. Actualmente el grupo familiar vive en la localidad de en la zona Oeste de la Provincia de Buenos Aires, lugar al que se mudaron, hace 3 años, cuando Roberto consiguió un trabajo que le permite un muy buen pasar económico. Consultaron en el instituto de atención por recomendación de una pareja amiga, ya que el niño no quería quedarse en el jardín donde había comenzado la etapa preescolar, después de haber concurrido desde los 2 años a un jardín maternal diferente con muy pocas dificultades manifiestas.

La admisión es realizada por una profesional doctorada en psicología del instituto que, además de pertenecer al mismo, es terapeuta clínica y docente universitaria. Luego la familia consultante es derivada a un terapeuta especializado del lugar, graduado en la Licenciatura en la Psicología, con posgrados de Especialidad en Terapias Breves Sistémico-Cognitivo-Conductual. Como experiencia en psicoterapia, además de pertenecer al Instituto en la actualidad, el terapeuta formó parte de equipos de atención primaria de Niñez, Adolescencia y Familia en diversas entidades públicas de salud. Actualmente también se desempeña como docente universitario y de posgrados en psicoterapia sistémica, psicoterapias breves sistémico-cognitivo-conductual y de especialización en psicoterapia de niños.

4.3 Instrumentos

Observación de material audiovisual de la entrevista de admisión para profundizar en la fuente de derivación a la consulta, el armado del genograma, desarrollo de redes sociales, tipo de parentalidad, queja inicial y la construcción del motivo de consulta y derivación a terapeuta especializado.

Análisis de la historia clínica, conteniendo la información surgida entrevista de admisión y el seguimiento del terapeuta desde la construcción del motivo de consulta, la conceptualización del caso, identificación de estilos parentales de la pareja consultante, las intervenciones terapéuticas y los avances registrados durante el proceso.

Entrevista semi-dirigida con el terapeuta que lleva el caso para profundizar información sobre el proceso y sensaciones desde su perspectiva de rol para definir estrategias de acción, elección de intervenciones, registro de cambios, identificación de posibles vías de solución y estado del vínculo terapéutico.

4.4 Procedimiento

Se observó y se trabajó con el video de la entrevista de admisión para acceder a los datos socio-demográficos, desarrollo de redes sociales, tipo de parentalidad, queja inicial y la construcción del motivo de consulta y derivación a terapeuta especializado.

Se consultó y se profundizó sobre el contenido de la historia clínica para conocer el desarrollo del proceso especificando la construcción del motivo de consulta, la conceptualización del caso, los estilos parentales, las intervenciones utilizadas por el terapeuta y los avances registrados por el sistema terapéutico.

Se realizó una entrevista al terapeuta a cargo del proceso para profundizar sobre las intervenciones aplicadas y su perspectiva sobre los logros obtenidos, además de indagar sobre las dificultades surgidas de este tipo de proceso y las implicancias personales y profesionales del sistema consultante.

5 DESARROLLO

5.1 La llegada a la consulta

La familia consultante se presenta a la sesión de admisión luego de pactar el primer encuentro por vía telefónica a través de la gestión del padre, quien reconoce que no se

encuentra muy convencido de ir a terapia pero considera que “alguna medida se debe tomar para combatir la problemática” que los aqueja como familia. Al pactar este primer encuentro, luego de informar que la derivación se hizo a través de una familia amiga que ya había realizado un proceso similar, Roberto, el padre, le expresa a la secretaria que las personas que concurrirían a la sesión serían su mujer Daniela, su hijo Pedro y, por supuesto, él mismo. En ese punto adelanta que el problema que están experimentando supone que “Pedro no quiere quedarse en el jardín”, situación que pone a ambos padres en posiciones dispares “originando peleas y malos ambientes” en los momentos de convivencia de la familia. Este proceso inicial no presencial no es otra cosa que la llamada pre-entrevista, que se realiza el inicio de la consulta a través del pactado del primer encuentro donde se realiza la definición de quienes acudirán -individual o familia-, en qué momento y con cierta noción de aquello que lo lleva a consultar (Morejón y Beyebach, 1994). Esa instancia supone un pequeño acercamiento del recorrido del grupo consultante hasta llegar al territorio de terapia donde se manifiesta el malestar, lo cual sirve para que el admisor pueda tener información general previa (Wainstein, 2006b).

En el día y horario pactado para la admisión, la pareja de padres y el niño se presentan a la sesión con expresión de hastío y reconociendo, los adultos, haber discutido antes de llegar a la institución porque todo lo que sufren “es constante, cansador y muy poco solucionable” y no saben “que tan efectivo será este paso”, según el padre, que ha sido, durante las primeras sesiones, la principal voz para expresar lo que pasa en el seno familiar. Tanto el admisor como el terapeuta han hecho especial énfasis en que se debía equilibrar la participación y el estilo comunicativo para lograr introducir modificaciones que le permitan al sistema un cambio de reglas profundo y estructural sobre el mismo (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

5.2 Admisión y construcción del motivo de consulta

Tal como se comenzó a explicitar en el apartado anterior, a partir de los datos de la entrevista de admisión, los integrantes de la familia consultante llegan a la institución para el proceso inicial y se presentan ante la profesional admisoras con “expresiones de angustia, cansancio y vínculos de enemistad entre la pareja de padres”, según ellos mismos, “por la dificultad de tener problemas que no pueden resolver”. Con absoluta puntualidad, que se

mantuvo durante todo el proceso, llegaron a la sesión con poca motivación para el cambio y sin real dimensión de los alcances de un proceso psicológico ya que ninguno de los integrantes había tenido experiencias previas en psicoterapia, más allá de unos encuentros con la psicopedagoga del jardín donde concurría el niño ante la dificultad de adaptarse.

Al presentarse la profesional admisora se pacta con la familia que en el primer momento del encuentro se realice sin la presencia del niño en el consultorio, para así poder hacer una introducción sobre la queja inicial con detalles que quizás no eran convenientes que escuche el niño. Se le explica a la pareja de padres, Roberto y Daniela, que la presencia de la admisora será solo por ese encuentro ya que esta entrevista es una instancia de importancia que debe llevarse a cabo antes del inicio concreto del proceso terapéutico, para luego elegir adecuadamente el perfil del profesional terapeuta que resulte óptimo para la estrategia a emplear (Perea, 2006). Pactado esto, ante las primeras preguntas de la terapeuta, el padre de familia toma la palabra y asume una postura de corrección sobre la mayoría de las cuestiones que expresaba su mujer, y al momento de chequear y consultar datos sociodemográficos para el correcto armado del genograma familiar, se producen los primeros enfrentamientos verbales entre la pareja de padres, teniendo la terapeuta la misión de frenar algunas disputas que no permitían avanzar en la recopilación de datos duros. “Discutimos hasta para contestar cuantos años de casados llevamos”, dijo Daniela, a modo de broma, pero intentando expresar que las tensiones y desajustes llegaban a incluir hasta temas más obvios e indiscutibles.

La terapeuta admisora, previa aclaraciones de ciertas pautas para poder hablar y respetar los tiempo de expresión del otro, comenzó a indagar acerca de la queja que traían y ambos padres reconocen que las dificultades en la adaptación al nuevo jardín que está sufriendo su hijo suponen una problemática que inaugura otras como las discusiones maritales en lo que cada uno consideraba que debía priorizar a la hora de criar al niño. Durante toda la admisión, se evidenciaron posiciones contradictorias y una relación muy asimétrica, siendo Roberto el claro controlador de la dinámica familiar dejando a Daniela en una posición de mera obediencia a las disposiciones de su marido y desencadenando discusiones y agresiones verbales cuando este circuito no se respetaba. Desde el inicio, según el análisis del material de admisión y en coincidencia con el contenido de las primeras sesiones registradas de la historia clínica, Roberto mostró la impronta de acaparar

todas la preguntas, expresándose como portavoz de la familia y desvalorizando lo que su Daniela o Pedro decían cuando no estaba de acuerdo con algunos de los contenidos.

Sobre el final de la entrevista de admisión se hace pasar a Pedro, el niño, con quien se habla de sus creencias acerca del por qué estaba allí junto con sus padres, aunque no se logra demasiada comunicación con el mismo, más allá de alguna respuesta monosilábica en preguntas como “¿Cómo te llamas?” o “¿Cuántos años tenés?”. En ese momento, el padre evidencia algunas expresiones de enojo y les recrimina tanto al niño como a su mujer lo que él llama “la poca predisposición de Pedro”. La admisora le pide tranquilidad y se da por finalizada esa instancia inicial. Una vez ya recopilada la información pertinente para proseguir el proceso, se le informa a la pareja de padres que días después serían llamados por personal de la institución para confirmarle el terapeuta definitivamente a cargo del proceso para iniciar el mismo. En la elección del terapeuta, según cuenta el licenciado elegido para continuar el proceso, fue importante, como definen Nardone y Watzlawick (1999), la búsqueda de un perfil de profesional que comparta o aprenda rápidamente el estilo de los consultantes, logre hablar sus lenguajes, acepte la narración de la problemática que los aquejan y generando una postura de alianza terapéutica que combata la resistencia al cambio con la que los individuos llegaron al territorio de la terapia.

Al comunicar a la familia la fecha y el horario del inicio del proceso, se les informó sobre el terapeuta elegido por la admisora. Todo este proceso es el inicio de lo que Wainstein (2006) denomina el armado del sistema consultante, constituido por el consultor y la familia consultante, entendiendo la consulta como un sistema donde se presenta una familia que solicita ayuda, un consultor que, con competencias y legitimidad de acción, se presta para dar esa ayuda y la posibilidad de un marco y entorno adecuado para el trabajo conjunto del propio sistema.

Al comenzar la primera entrevista, esa que no necesariamente supone un único encuentro y apunta a la consolidación del conocimiento de la queja, la formación de vínculo terapéutico y el planteamiento de objetivos (Wainstein, 2006), el terapeuta del caso indagó acerca de las características y estados del niño en un primer encuentro, donde se pactó que el propio niño no concurriera. Además de re chequear los datos recopilados en la admisión, se postularon ciertos organizadores para observar y registrar con mayor precisión la situación bio-psico-social del niño desde la visión de sus padres. En este sentido se

indagó cómo era el día a día de Pedro en lo que respecta a los momentos de sueño, el modo de alimentación, el nivel de obediencia, el estilo de vinculación social, el modo de juego y el nivel de aseo según Roberto y Daniela. Manteniendo la asimetría entre las expresiones del padre con respecto a la pasividad y/o sumisión de la madre, la pareja coincide en que el niño, si no es en la cama de los padres, no lograba conciliar el sueño. Roberto acusó a su mujer Daniela de ser la culpable ya que “utiliza a su hijo como una excusa para no tener sexo con él”. Al darle voz a Daniela, ésta dijo que era su intención poder hacer que su hijo durmiera en su cama pero le resultaba “más fácil que pueda dormir algo más allá que no sea en la habitación que corresponda”, ya que “era importante que pueda mantener sus horas de sueño equilibradas”. En este punto, surgió una intervención del terapeuta de pactar un primer objetivo a trabajar: Sacar al niño de la cama que comparte la pareja. Aquí surgió la acción del terapeuta para empezar a hablar el lenguaje del sistema consultante, adaptar su estilo al estilo de quien pide asesoramiento para poder manipular sus acciones y lograr objetivos propuestos (Nardone y Watzlawick, 1999). Para ello, el terapeuta utilizó una prescripción directa para chequear la resistencia al cambio y evaluar si, por las características de la familia, se debía buscar un método más paradójico e indirecto, como el cambio por oposición que teoriza Wainstein (2006), para lograr modificar el patrón de acción. En este sentido, el uso de la intervención paradójica, surtió un mayor efecto en la pareja consultante, que comenzó a sentirse confrontada con el sistema de creencias que no le permitía cambiar para lograr hacerlo.

Siguiendo con los organizadores, en cuanto a la alimentación los padres coincidieron que Pedro casi no desayunaba, ya que va al jardín casi dormido, almorzaba correctamente con su madre y cenaba muy poco, ya que el horario de la última comida del día era cerca de las 22 horas, que es cuando llegaba el padre del trabajo. En este punto, también surgieron enfrentamientos entre los padres, ya que el marido culpaba a su mujer de que el niño no comía mucho en su presencia porque “lo quiere hacer enojar” ya que él siempre era “el malo de la película que le ponía los límites al chico” ante la pasividad de la madre “que dejaba hacer a Pedro lo que quería”. En cuanto a la obediencia, Pedro se mostró, por expresión de sus padres, como un niño con muchas expresiones de ira y berrinches de gran intensidad, haciendo muy poco caso a los adultos significativos -padres, maestras jardineras, abuelos- salvo cuando se le gritaba o se le aplicaba una sanción física,

más que nada por parte de Roberto, quien se jactaba de que su hijo sabe que con él “no puede hacerse el vivo porque cobra”. La madre dijo que con ella “es muy tranquilo” aunque reconoce que cada vez que quería algo “no paraba de llorar hasta conseguirlo”. Aquí surgió una nueva disputa entre los padres, ya que Roberto le exigía “más disciplina” a Daniela como madre y ella le respondía que la angustiaba ver llorar a su hijo “por los golpes del padre”. Al indagar sobre esa situación, el terapeuta comunica que fue un quiebre en el primer encuentro, ya que el padre, con lágrimas en sus ojos, reconoce que no encontraba otro modo de hacer valer su autoridad “si no es con una reprimenda física y gritos”. En cuanto a la esfera social, Roberto y Daniela reconocieron que como familia no tienen mucha vida social. En cuanto a amistades, no conservaban contacto con gente de su lugar natal y en la actualidad solo se contactaban con dos parejas amigas, algunos compañeros de trabajo de Roberto pero sin demasiada frecuencia ya que “es difícil salir con gente teniendo un hijo tan llorón”, según refería Roberto sobre Pedro, haciendo referencia a lo que se denomina la constante experiencia de ser destinatario de crítica social por la condición y el comportamiento perturbador de los propios hijos (Miranda-Casas et al, 2008). Daniela agregaba que le daba mucho temor dejarlo ir a jugar a casas de compañeros de jardín porque, al ser nuevo el entorno, no tenía confianza en las familias de los mismos. Además, al no poderse quedar en el jardín tiempo completo, Pedro no había podido hacer amistades en su nuevo establecimiento. Esta situación supone que en la esfera de sus juegos y gustos en tiempo de ocio, Pedro se mostraba muy apegado a su madre para realizar actividades lúdicas pero no así con su padre, que le había querido enseñar a jugar al fútbol aunque no con demasiada dedicación ya que reconoce que siempre llega “cansado de trabajar” y lo último que quiere “es andar corriendo de un lado al otro con Pedro”. Finalmente, al hablar de las condiciones de aseo, se plantea una nueva disputa entre Roberto y Daniela al culparse mutuamente de los problemas a partir de los cuales a Pedro le costó dejar los pañales -recién pudo hacerlo a los 4 años y medio- y de una situación de encopresis secundaria desde hace unos meses, cuando luego de 3 meses de controlar esfínteres, Pedro comenzó a hacerse las heces encima sin pedir de ir al baño. En este ámbito, Roberto le recrimina a Daniela la no educación de aseo a su hijo, ya que supone que como “no trabaja, no hace más que cuidar al nene” no comparte la idea de que como madre no solucione el problema.

A partir de todo esto, y según lo informado por el terapeuta del caso en la entrevista semi dirigida, se puso de manifiesto que las problemáticas familiares originadas, según la pareja de padres, por las dificultades y estados de Pedro eran en realidad complicaciones que incluyen a todo el sistema familiar que, ante las situaciones problema, retroalimentan los conflictos y rigidizan patrones de acción que circularizan el malestar (Bateson, 1972).

Al incluir a Pedro en el terreno de la terapia, a partir de la segunda sesión y pactando que solo estaría presente cuando sea estrictamente necesario, se indagó sobre cómo ve el propio niño la situación de su familia y, con mucha dificultad para entrar en confianza, se plantean cuestiones que difieren de las expresiones de los padres. Frente al terapeuta, Pedro se mostró como un niño muy retraído y vergonzoso, pero afirmó que siente que sus padres “se pelean mucho cuando pasa algo” y a él no le gustaba eso “porque el padre grita y la madre llora”. A esto se le suma mucha angustia y enojo cuando se le preguntó sobre sus dificultades para ir al baño y no hacerse encima, diciendo Pedro que no quiere que sus padres hablen de eso porque “es mentira que él se hace caca encima”.

El terapeuta indagó finalmente a los padres acerca de cuál era la situación de la familia cuando Pedro concurría al jardín maternal, previo al cambio de institución, y los padres aseguraron que “era un chico retraído pero no había quejas del jardín anterior” aunque reconocían que “los problemas venían de antes y el hecho de que no se pueda quedar en el jardín como todo los chicos” generaba impotencia en ambos padres.

Tanto la entrevista de admisión, los registros de la historia clínica y la entrevista con el terapeuta, permitieron llegar a la conclusión que fue muy dificultoso acordar con los padres que el proceso no solo debía estar enfocado en el tratamiento de los problemas del niño sino también en la enseñanza y capacitación de ciertas competencias parentales de las que tanto Roberto como Daniela carecían y que perpetuaban ciertas características y estados de Pedro y no lo dejaban solucionar sus problemas personales ni alivianar los problemas familiares que se suscitaban. En este sentido, Roberto y Daniela estaban siendo parte de la evolución –en este caso inadecuada- de toda pareja que sucede cuando deja de ser una díada y, ante la llegada de un hijo, comienza a ser una tríada, surgiendo la responsabilidad del rol parental y de ciertas competencias como padres para cuidar, educar y sociabilizar a sus hijos con el entorno para nutrir al niño de vínculos sociales y recursos para enfrentar su futuro (Barudy y Dantagnan, 2005; 2010).

Acordada esta necesidad, se planteó en todo el sistema consultante cuál era el problema y las diferentes alternativas para el armado de un plan estratégico que incluya un motivo de consulta que supere a la queja inicial, concluyendo el proceso inicial conocido como Primera Entrevista, explicitando las condiciones formales en las que se realizará el proceso, el número de sesiones previstas, tiempo estimado del proceso, frecuencia de los encuentros y enfoque en los objetivos planteados (Ortiz, 2008). En este punto, se pactó un inicio de sesiones semanales por al menos tres meses -luego evaluar espaciar sesiones o no, según cambios percibidos por el sistema y objetivos logrados- con algunos objetivos a corto plazo y otros a más largo período de resolución, además de acordar un formato que suponga el trabajo con los padres y, como se aclaró anteriormente, esporádicas citas con el niño, según se requiera. Como primeros objetivos se planteó acrecentar las competencias parentales de Roberto y Daniela, con el fin de lograr un mayor y mejor percibido sostén en el desarrollo vital de Pedro, lo que podría propiciar las bases para que el niño pueda sentirse más contenido y pueda, entre otras cosas, adaptarse a ámbitos extraños -jardín, nuevas amistades- y lograr independencia para, por ejemplo, lograr la salida de la cama de los padres. También se buscaron acentuar los acuerdos de pareja para pregonar mensajes unificados y generar mayor obediencia a través de la definición de subsistemas -parental y conyugal- para redefinir una jerarquía, hasta ese momento, inconsistente. Los objetivos restantes que se plantearon a un plazo temporal más largo incluyeron, consolidando los anteriores postulados, acrecentar los momentos de ocio en familia, democratizar la crianza de Pedro -disminuir la asimetría parental- y, ya fuera de los límites de Pedro, redireccionar y fortalecer el vínculo de pareja desgastado desde la llegada de un hijo. La pareja estuvo de acuerdo con estos objetivos y reconocieron que el problema “no es solo de Pedro” pero que “muchas veces cuesta mucho hacer autocrítica”. El terapeuta reafirma que las “dificultades familiares suelen ser percibidas como producto de un solo individuo pero que en realidad se retroalimentan por todo el sistema familiar”. Por esta razón se les expresó la importancia de entender que en casos como éste, la mejora en la capacitación en las habilidades sociales para la crianza parental ayuda a subsanar disfunciones que podrían determinar cierto grado de inadaptación social, familiar y/o escolar en niños y, en este caso, las vivencias de Pedro. El terapeuta, en el armado de la estrategia de acción, tomó el importante riesgo de conceptualizar el caso dejando a de lado el diagnóstico presuntivo del niño -presumido por

la psicopedagoga del jardín- que suponía un trastorno adaptativo en Pedro. En este sentido, el desarrollo de la terapia no ha tenido un enfoque directo al tratamiento de ese diagnóstico inicial, sino que se ha enfocado en la reformulación de pautas y creencias de la familia consultante, para lograr la reorganización del sistema de un modo más adaptativo (Wainstein, 2006b). Ferro García y Ascanio Velasco (2014) conceptualizaron esta teoría como la base del proceso a encarar por Roberto y Daniela, buscando nuevas pautas familiares e introduciendo una nueva realidad que modifique la rigidez que circulariza las dificultades del sistema.

En todo este proceso de primera entrevista, se pudo reconocer claramente las fases de las que habla Wainstein (2006). La etapa social, donde se genera un vínculo cordial de intercambio inicial de datos y la observación de la organización del comportamiento del o de los consultantes presentes; la etapa del planteo del problema, donde el terapeuta indaga acerca de la queja que trae el paciente y sus narraciones construidas del problema que expone; y finalmente las fases de interacción y postulación de objetivos, a partir de las interacciones del sistema consultante, postulando los cambios deseados, para organizar la tarea en adelante.

Así finaliza el proceso definido como Primera Entrevista (Wainstein, 2006b) donde queda plasmado como motivo de consulta la necesidad de afianzar las competencias parentales para diferenciar los subsistemas conyugales y parentales en sus dificultades e implicancias dentro del sistema familia, permitiendo el entrenamiento de habilidades en Roberto y Daniela, y modificando las condiciones del entorno para paliar tanto las dificultades del niño experimentadas por el niño como los desajustes maritales que se desencadena en el estado del grupo al llegar a terapia.

5.3 Las Intervenciones del proceso

Frente a los objetivos propuestos, los registros de la historia clínica y la entrevista con el terapeuta a cargo del caso, se mostraron datos coincidentes en la creciente motivación que experimentaron Roberto y Daniela conforme avanzaba la terapia y, a partir de la tercera entrevista, se comenzó a ver mayor compromiso con el proceso. Durante las primeras sesiones, se trataron sus percepciones sobre los roles parentales para criar a Pedro y ambos padres se encontraron en el desafío de cambiar las estrategias llevadas adelante

hasta ese momento ya que, a través de ellas, no solo rigidizaban el problema sino que también acrecentaban su percepción de frustración y desesperanza (Barkley y Benton, 2000).

Desde el enfoque teorizado por Gottman y DeClaire (1997), el terapeuta comenzó a trabajar con la pareja de padres en el entrenamiento de la capacidad emocional para lograr una adecuada comunicación con su hijo. Ambos padres debieron trabajar sobre capacidades diferentes a partir de las cuales aumentar la capacidad empática con Pedro. Con Roberto se planteó ajustar el vínculo padre-hijo ya que el mismo estaba prácticamente interrumpido por un estilo relacional basado en la imposición agresiva de límites y no en la enseñanza de modos de resolución de dificultades basados en la confianza. En el caso de Daniela, el objetivo era el inverso, ya que el vínculo de apego era inadecuado por el extremo manejo de Pedro hacía ella, lo que generó una relación sin fronteras jerárquicas e imposibilidad de lograr una correcta imposición de límites y delimitación de los roles de autoridad. En este sentido, el terapeuta encontró dos estilos parentales bien diferenciados de los que hablaban Gottman y DeClaire (1997). Mientras Roberto tenía un estilo desaprobador, basado en el miedo y la invalidación de los sentimientos de su hijo, Daniela tenía un estilo permisivo a partir del cual no se fijaban límites constructivos. “Yo no veo que Pedro se esfuerce por no hacerme enojar, porque aunque sea un nene, ya sabe lo que me pone furioso a mí”, expresó Roberto y agregó “eso lo hago extensivo a esta -por Daniela- que en vez de ayudarme, se pone del lado del nene y así yo siempre soy el malo, tanto como padre como también como marido”. Daniela explica que cree que “Roberto es muy estricto y no se da cuenta que Pedro necesita otras cosas más que gritos” y reconoce “que cuando viene con tan poca paciencia, su enojo va contra el Roberto padre y el Roberto marido”, generando tensión en varios niveles al punto de “irse a dormir sin hablar”. El terapeuta intervino en este momento tratando de introducir cómo los subsistemas conyugales y parentales no deben confundirse y deben ser tomados como dos niveles diferentes, pese a la dificultad que supone separar ambos subsistemas. Estas acciones enfocadas en la delimitación de subsistemas, permitió enfrentar dos problemáticas: Que todo el subsistema parental -padre, madre e hijo- identificara quien impone las normas y quien las obedece, además de que el sistema conyugal logre una organización donde no se permita que los problemas en el holón de padres-hijo promuevan efectivamente dificultades en el holón marido-mujer ni viceversa

(Minuchin y Fischman, 1984). ¿Cómo hago para hablarle a mi esposa como tal cuando como madre me acaba de desautorizar delante de mi hijo?”, preguntó Roberto a lo que rápidamente Daniela contestaba “Es lo mismo que me pasaba a mí cuando Roberto me quiere acariciar o besar, y yo no lo acepto porque era el mismo que me había dicho que lo único que tenía que hacer en el día era educar a Pedro y no lo lograba”. Desde la visión del terapeuta, fueron las frases que marcaron las estrategias a seguir para conocer más a su hijo, conocerse más como pareja y que el sistema funcione conforme a las diferentes subdivisiones, como la base para lograr una nueva situación, una alternativa de acción no experimentada antes del proceso.

Al principio del proceso, la escasa esperanza de cambio fue combatida con algunas *intervenciones paradójicas* y ciertas estrategias de *reformulaciones cognitivas* (Wainstein, 2006), ya que muchas de las soluciones fallidas se habían continuado aplicando -por supuesto, sin resultados positivos- por cuestiones idiosincráticas, tal como se observó en el registro de una frase de Roberto en la que expresaba que “cada uno es padre a partir de lo que aprendió cuando era hijo”, dejando en evidencia la falta de alternativas de acción con las que contaba entre sus recursos a partir de su vivencia como hijo y de las competencias de su padres como tales.

Dentro del trabajo enfocado a nutrir a Roberto y a Daniela de competencias parentales, se trabajó en lograr hábitos como compartir momentos a diario, sin exigencias ni críticas, y generando un clima de libertad en el niño. Se trabajó en la expresión de elogios ante actitudes del niño que merezcan reconocimiento y lograr así la posibilidad de hacer habitual el buen comportamiento, algo que se había teorizado a partir de los trabajos de Barkley y Benton (2000) como la base para la crianza de niños sanos y con adecuadas habilidades sociales. Para reformular la vinculación entre el niño y los padres se utilizaron las llamadas intervenciones cognitivas-conductuales, para que Pedro comience a reconocer en los padres figuras de respeto pero también de contención y acompañamiento, a partir de nuevas reglas. En este sentido, se instruyó una pauta de economía de fichas y sistemas de puntajes ante el paulatino mejoramiento de los hábitos de higiene y de los esfuerzos por habituarse al ámbito escolar. Ante los esperables avances y retrocesos, todos anticipados por el terapeuta a la pareja de padres, las rabietas del niño fueron presentándose menos intensas y frecuentes conforme se unificaba el mensaje de los padres sobre el niño, en un

esfuerzo de mancomunar criterios y transmitir tranquilidad hacia el niño. En esta puesta adecuada de límites, la intervención del *tiempo fuera* para frenar las impulsividad del sistema y reflexionar sobre lo que se plantea como problema y la evaluación de soluciones, ha resultado muy efectiva. “Toda indicación pareciera tener más efecto cuando le hablamos a Pedro en un clima lúdico o calmo”, reconoció Daniela además de reivindicar la actitud de Roberto al informar que su marido “estaba haciendo un gran esfuerzo por que todo mejore”. Según el terapeuta, Roberto, a medida que avanzaba el proceso, fue experimentando y expresando que sentía que había “encontrado un camino de hablar con su hijo y de volver a ver en su mujer a una compañera en la que confiar”. Toda dificultad que se presentó en terapia fue combatida con la *capacitación emocional* (Gottman y DeClaire, 1997) de Roberto y Daniela, como base de lograr la empatía para con su hijo y así lograr influir en su desarrollo positivamente. A partir de estos estadios a los que llegaba el proceso, se podían evidenciar los avances que reforzaban el proceso en todo el sistema consultante.

En cuanto a las intervenciones más generales del modelo, se aplicaron otras de las que definió Wainstein (2006) como las habituales en procesos de orientación sistémica. La conceptualización de la *solución intentada fallida* fue un punto de partida eficaz como interruptor del circuito autoperpetuante en el que caía la pareja de padres por intentar calmar a su hijo sin tomarse el tiempo de reflexionar sobre cómo hacerlo. “Roberto se enojaba, mientras que Daniela le permitía ciertas actitudes a Pedro para evitar que se angustie, pero nada daba resultado sino que circularizaba el problema”, expresa el terapeuta en la entrevista realizada, además de asegurar que “la importancia de que ambos padres se convenzan de ello, era la clave para empezar a cambiar”. Por otro lado, el terapeuta, en busca de lograr la independencia del niño a la hora de dormir, utilizó las *prescripciones directas*, las cuales muchas veces no lograron su cometido por la inicial resistencia al cambio de ambos padres pero que luego fue modificándose. “Dormir en otra cama que no sea la nuestra era raro para todos”, reconoció Daniela pero a su vez, el hecho de que el terapeuta se lo imponga como condición para avanzar alcanzó para que se esmeraran en el objetivo. De todos modos, la presencia de Pedro en el lecho matrimonial no solo era una cuestión pensada en que el niño descanse tranquilo sino que además era un modo efectivo de no tener que afrontar el momento de intimidad de pareja, que por todo lo que estaban

vivenciando como familia, se encontraba desajustado. En este punto, fue importante la utilización de *la técnica del milagro* a partir de la cual pensaron que sucedería si de repente, Pedro pudiera dormir en su cuarto. Obviamente, esta situación supuso un desafío a la pareja como tal y no en su rol de padres. Aproximadamente a dos meses de iniciado el proceso, ambos padres reconocieron que pudieron “hacer dormir a Pedro en su cuarto por dos o tres días seguidos, aunque por las noches se pasaba” y lo dejaban. Recién cuando se logró definitivamente que Pedro duerma en su cama todas las noches, además de algunos otros avances como el autocontrol de la higiene personal, se decidió pasar la frecuencia de la sesión de semanal a quincenal. “La expresión de Roberto cuando comenzamos a hablar de espaciar los encuentros fue la de una persona con una enfermedad al que le avisan que se está curando”, describió el terapeuta para significar como los avances influían en los consultantes. Conforme se logró este objetivo, se reanudaron, poco a poco, los encuentros íntimos en la pareja, lo cual había sido otro indicador del buen desarrollo del proceso y ponían al sistema consultante con buenas expectativas para la continuidad del mismo.

Se utilizaron otras intervenciones como *la acción sobre los patrones* (O'Hanlon et al, 1990) que permitió al sistema consultante un registro más acabado de las circunstancias que circularizaban los problemas. “Mi papá me pegaba y yo antes de hacer algo que lo enoje, me acordaba de sus castigos”, decía Roberto en una de las sesiones para justificar sus estrategias de influir en Pedro, y fue donde la terapia trabajó fuertemente con este tipo de intervenciones. Según el registro de la historia clínica, muchas veces Roberto llegaba de trabajar con ciertas preocupaciones por cuestiones inconclusas del trabajo. Se definió que cuando sucedía eso, él debía informárselo a Daniela al llegar a su casa, para que su mujer le permita relajarse un momento. Esto hacía posible el mejor control de situaciones externas al ámbito familiar que, sin registrarlo, suponían un aliciente para perder el control en problemáticas enfrentadas dentro del sistema familiar. Controlar esas situaciones, produjo un logro en la separación de subsistemas (Barkley y Benton, 2000), que al igual que el conyugal y el parental, muchas veces desvanecía sus límites y repercutían en varios niveles de forma perjudicial para el entorno familiar.

5.4 Los cambios en el sistema consultante

A partir de la observación de la entrevista de admisión y del registro de la historia clínica, se observó una gran evolución en la motivación en favor del proceso llevado adelante. La desesperanza inicial de parte de la pareja de padres era, según expresa el terapeuta en la entrevista, uno de los desafíos más importantes del proceso ya que se trataba de individuos de un estilo personal muy marcado y rigidizado por el paso del tiempo. Tanto Roberto como Daniela reconocieron que, como padres, atribuían las dificultades de Pedro solo a cuestiones propias del niño o la influencia del entorno extrafamiliar (Ferro Garcia y Ascanio Velasco, 2014) sin reflexionar sobre sus capacidades parentales y las consecuencias que las fallas en el estilo de crianza podían generar en el niño, en la vinculación, en sus estilos de apegos y en su forma de interactuar con el resto de la comunidad. Conocer las limitaciones como padres y trabajar en la reactivación empática (Barudy y Dantagnan, 2005) para con Pedro, le ha dado a Roberto y a Daniela la posibilidad de reforzar su matrimonio y lograr alianza de pareja, aunar criterios de acción, aumentar sus redes sociales y acordar modos más adecuados de relacionarse dentro de los subsistemas parentales y conyugales como dos escenarios donde se juegan diferentes niveles de relación que no tienen por qué depender uno del otro. “Enojo de pareja no es enojo de padres”, recordó, como una intervención, el propio terapeuta durante el proceso, en consonancia con los desarrollos de Minuchin y Fishman (1984), que explicaron como diferenciar subsistemas permite organizar problemas y soluciones.

Tanto en la entrevista con el terapeuta como en los registros de la historia clínica, se observó que el concepto inicial de familia que tenía este grupo familiar que consultó distaba mucho de autoperibirse como un grupo de colaboración para crecer y recibir apoyo (Minuchin y Fischman, 1984) sino que se sostenía como un grupo obligado a ocuparse de cada uno sin intervenir demasiado en la realidad de los otros integrantes. “No eran un sistema familiar, sino dos personas que vivían juntos con un hijo, y que hacían lo que podían, como podían”, expresó el terapeuta, afirmando que conforme avanzaba el proceso, el sistema fue estabilizando su estructura, aunando criterios parentales en la pareja para generar más empatía y pertenencia en el niño, quién de a poco fue quedándose más en el colegio, controlando su higiene -remisión de la encopresis- y logrando dormir en su habitación, abandonando el lecho matrimonial y permitiendo separar adecuadamente el sistema conyugal del parental (Gottman y DeClaire, 1997).

En cuanto a lo que a Pedro implica, las sesiones realizadas en su presencia permitieron observar los cambios en su rutinas y la forma de relacionarse con sus pares y adultos significativos. Nardone y Watzlawick (1999) hablan de que el cambio de un elemento supone una modificación en todo el sistema, ya que las redes de interacción no son las mismas y se modifican completamente. Esto se demuestra en cómo el cambio en la postura y estrategias de los padres a partir de los objetivos planteados en terapia por todo el sistema consultante, han producido cambios en el niño al punto de ir venciendo su dificultades a fuerza de nuevas formas de vincularse con sus padres y su entorno comunitario -docentes, compañeros-. “Ayer mamá me llevó a la casa de Manuel” y “Papá viene a jugar a la pelota conmigo antes de comer”, cuenta Pedro sobre algunas rutinas que habían comenzado a cambiar en beneficio del sistema familiar y que demuestran alternativas de acción no consideradas en el pasado.

Se mantuvo la postura del terapeuta de no trabajar directamente con el diagnóstico presuntivo que traía el niño en el momento de la llegada a terapia, enfocando el proceso a la capacitación parental y conyugal, que permita afrontar las problemáticas familiares delimitando subsistemas pero interviniendo para lograr el cambio de todo el grupo.

Finalmente, la relación conyugal se había modificado de significativamente, a partir de un vínculo de pareja renovado y, por ende, más consolidado y basado en la colaboración mutua. “Volvimos a encontrarnos con los que habíamos dejado de ser”, se leía como registro textual de una frase de Roberto en las sesiones finales de la historia clínica. Tanto Roberto como Daniela se autopercebían como más reflexivos, con más recursos para afrontar su cotidianidad y más a gusto tanto con el otro como consigo mismo. Esto refleja lo desarrollado por Cataldo (1991), quién afirma que un proceso terapéutico familiar bien desarrollado supone un mejoramiento en el desarrollo de los integrantes y de las relaciones familiares, mayor percepción de competencia parental en las responsabilidades que el rol supone y aumento cualitativo en la vinculación social con el entorno donde está inmerso el sistema.

Conforme a la evolución del proceso, se mantuvieron cuatro meses de sesiones semanales, otros cuatro meses de sesiones quincenales para control y tres meses finales de seguimiento mensual, al punto de finalizar el proceso terapéutico a menos de un año de iniciado el mismo, dando por logrados los objetivos propuestos como indicadores de un

adecuado cierre, más allá de futuros nuevos planteamientos de problemáticas (O'Hanlon et al, 1990). Ante el sostenimiento de los avances (Morejón y Beyebach, 1994) y el cumplimiento de objetivos propuestos (Nardone y Watzlawick, 1999) se pacta la finalización del proceso demostrando que el problema ya cuenta con una solución o vía de solución alcanzable por los consultantes (O'Hanlon et al, 1990).

6 CONCLUSIONES

El caso expuesto en el presente trabajo ha intentado ser testigo de la forma en que el modelo sistémico de psicoterapia aborda e interviene en consultas institucionales de orientación familiar, más precisamente en un proceso de orientación parental de una pareja con dificultades para organizar, unificar criterios y transmitir un modelo de crianza adecuado y generador de recursos de afrontamiento a su hijo de cinco años de edad con un diagnóstico presuntivo de trastorno adaptativo.

A partir del presente caso se ha logrado describir el proceso de admisión, que es una instancia de relevancia cuando se trata de un trabajo psicoterapéutico dentro del ámbito institucional para la designación de un terapeuta especializado (Perea, 2006). Previa conceptualización de caso realizada por la profesional admisor, con el fin de asignar según perfil de consultante y de problemática de consulta a un terapeuta adecuado, se formó un sistema de trabajo en el cual se pudo establecer un fuerte vínculo, organizar una estrategia y plantear objetivos que guíen el trabajo sesión a sesión. Es desde el caso descrito que se ha logrado conocer y profundizar sobre el proceso de co-construcción de motivo de consulta, el cual comenzó -como sucede en general- a partir de una queja manifiesta por los consultantes y con la intervención del terapeuta se ha convertido en una conceptualización sobre la cual trabajar. Desde la admisión hasta la conclusión del proceso conocido como *Primera Entrevista*, se ha logrado llegar a la definición de un problema que pasa a ser el motivo de consulta que guiará la postulación de objetivos y los avances experimentados en la terapia (Wainstein, 2006b).

Se han logrado describir las intervenciones aplicadas durante el tratamiento, tanto en las facetas generales del modelo sistémico -reformulación, solución intentada fallida, entre otras- además de aquellas intervenciones propias de un proceso de orientación parental como es el caso analizado. Obviamente que ninguna de estas intervenciones

reemplazaron el vínculo terapéutico entre clientes y consultores ya que es la base para que el sistema consultante pueda lograr el cambio de las situaciones que circularizan el problema (Ortiz, 2008). Desde esta perspectiva, han sido la alianza terapéutica, las intervenciones terapéuticas y sus consecuencias en la familia consultante las que han permitido pasar de un momento inicial caracterizado por la desesperanza y la falta de recursos a una instancia de desarrollo, crecimiento y aprendizaje de nuevos esquemas cognitivos-conductuales que nutrieron de recursos a los consultantes para afrontar la problemática que los aquejaban y que lo llevaron a demandar por la consulta. Las intervenciones fueron de gran ayuda en la revinculación adecuada del niño para con sus padres y en el mejoramiento de los hábitos de higiene y de los esfuerzos por habituarse al ámbito escolar han sido de gran valía en la consecución de logros y metas propuestas. Las dificultades del niño y del grupo familiar fueron siendo menos intensas con el desarrollo del proceso gracias al aprendizaje que supone tomarse un momento para reflexionar sobre lo que se plantea como problema y la evaluación de soluciones, sin actuar impulsivamente o conforme a los modos de acción ya rigidizados. Todo esto supone poner modificar y readaptar los canales patológicos de comunicación e interacción del sistema familiar analizado (Villena y Soto, 1993). Lograr modificar los patrones (O'Hanlon et al, 1990) ha sido fundamental en el cambio de pautas del sistema que generó alternativas de acción (De Shazer, 1885).

Por consiguiente, se ha logrado describir el modo en que los cambios producidos durante el tratamiento han dado la posibilidad de chequear, en el espacio terapéutico y en la realidad fuera del mismo, cómo las quejas iniciales iban superándose a partir de la asimilación de herramientas con las cuales hacer frente a las problemáticas. El principal cambio en el sistema supuso conocer las limitaciones personales, conyugales y parentales desde donde empezar a trabajar. El aprendizaje de diferenciar los subsistemas que conforman al sistema familia (Minuchin y Fishman, 1984) ha permitido un interesante avance en el proceso. En ese sentido, se ha logrado entender que dentro del sistema familia, Roberto y Daniela conforman la esfera conyugal en un nivel diferente a su participación como elementos de la esfera parental, ya sea por la jerarquía que tienen como padres frente a su hijo y por la conformación de una pareja como un universo aislado al resto de las subdivisiones del entorno familiar. Como padres, debían definir las problemáticas

presentadas desde la autoridad y la jerarquía, más allá de la empatía y la contención del niño. Como pareja, funcionaban en un nivel complementario pero respetando la independencia del subsistema y manejando las dificultades en sus respectivos holones, tal como los definían Minuchin y Fischman (1984). Se ha logrado, visualizar como un proceso enfocado a la higiene mental en los adultos con roles parentales afectan el desarrollo adecuado de niños a su cargo y como ciertas dificultades aparentes en los niños suponen la necesidad de intervención en los padres más que en los propios niños (Rey, 2006; Toro, 1984), mejorando las habilidades sociales de los cuidadores en pos de criar futuros adultos con adecuados recursos de afrontamiento (Ferro Garcia y Ascanio Velasco, 2014). Además se ha pasado de tener una coalición parental inadecuada a lo que Beavers y Hampson (1995) llaman una coalición firme y coherente entre ambas figuras parentales frente al niño.

En cuanto a las limitaciones, el presente trabajo presentó algunas dificultades en lo que respecta a las fuentes de información que en algunas oportunidades pueden haber ignorado algún detalle del proceso terapéutico que haya podido brindar alguna reflexión más sobre el caso. El hecho de trabajar a través del análisis de material audiovisual de la entrevista de admisión y una entrevista con el terapeuta pero con el resto del proceso mediante registros escritos, se evidencia una ausencia del análisis extracomunicacional y gestual del sistema consultante durante la sesiones hasta su finalización. Tener acceso a material audiovisual de las sesiones -las cuales no se encuentran registradas- hubiera permitido analizar más profundamente el registro no verbal que acompaña a lo que se habla en terapia y que reviste gran importancia en como contexto modifica el contenido (Watzlawick, 1985).

Desde una perspectiva crítica del caso descrito, se puede postular la importancia de haber tenido más información acerca del trabajo en sesión con el niño, a quien se citaba a los encuentros para chequear si ciertos avances evidenciados en la pareja de padres eran acompañados por mejoramiento en las situaciones problemáticas del niño. Según la información recopilada del proceso trabajado, el niño participó de espacio de terapia en pocas oportunidades y por criterio profesional, no hubo intervención directa sobre sus conductas o, bien, algún planteamiento de encarar un proceso distinto para ciertas cuestiones que lo involucraban, en particular en su diagnóstico presuntivo de trastorno adaptativo -desestimado por el terapeuta- y en su etapa de encopresis secundaria, que

registró mejoras en el proceso, según el profesional a cargo, por vías indirectas de modificación del sistema familiar.

En vistas de posibles nuevas líneas de investigación, y como aporte a partir de lo descrito, se podría plantear que, como estos procesos destinados a la orientación parental siempre surgen como dispositivos de solución de desajustes y no son previos a la aparición de la dificultad que se rigidiza en el sistema familiar, sería de gran valía poder diseñar e incluir un plan de entrenamiento de padres a través de un proyecto de alcance comunitario que permita un adecuado estilo de crianza anterior a la aparición de los problemas, con perspectivas de trabajar en un nivel preventivo y no tan solo resolutivo. Además, se podría estudiar como los estilos de crianza desajustados de padres incompetentes podrían originar patología en los niños de hoy y, por ende, los adultos del mañana.

Por último, es de suma importancia considerar que el trabajo realizado se ha llevado adelante durante las prácticas profesionales de residencia, y se ha nutrido de invaluable información gracias a la gran calidad humana y profesional de los terapeutas que conforman la institución por medio de la cual se llevó adelante el proceso descrito. A través de este caso, y de muchos otros puestos a disposición por la institución para la observación de admisiones y sesiones tanto en cámara gesell como por medio de material audiovisual, se ha logrado ampliar las nociones del trabajo profesional en psicología clínica desde la perspectiva sistémica, permitiendo a futuros profesionales el conocimiento *in situ* de las estrategias de trabajo clínico, las sensaciones experimentadas en el desarrollo de dichas estrategias y el constante aprendizaje que supone esta profesión sobre las interacciones humanas, los desajustes posibles y los caminos para resolverlos.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM 5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Barkley, R. A., & Benton, C. M. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes: consejos para recuperar el afecto y lograr una mejor relación con su hijo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bartau, I., Maganto, J., & Etxeberría, J. (2001). Los programas de formación de padres: una experiencia educativa. *Revista iberoamericana de educación*, 25, 1-17.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre: Fichas de trabajo*. Barcelona: Gedisa.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*. University of Chicago Press.
- Beavers, W. y Hampson, R. (1995). *Familias exitosas. Evaluación, tratamiento e intervención*. Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (2010). Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones. *Disponible en: Código Penal de la República de Bolivia, Ley, (1768)*. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de <http://www.terapiabrevevitoria.com/ficheros/IntroduccionTBCS.pdf>
- Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica. *Temas de psicología. São Paulo: Martins Fontes*, 9-41. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de <http://latin.sysprop.net/latintraining/punto/biblio/TUTO/blegerlaentrevistapsicologica.pdf>
- Caride de Mizes, M. R. (1983). Grupo de orientación de padres. *Revista de Psicología (La Plata)*, 9, 19-22.

- Casas Fernández, G. (1988). ¿Qué es la orientación familiar? *Revista Temas de Trabajo Social (La Habana)*, 1, 24-28.
- Casey, P. (2009). Adjustment disorder. *CNS drugs*, 23(11), 927-938.
- Cataldo, C. Z. (1991). *Aprendiendo a ser padres: conceptos y contenidos para el diseño de programas de formación de padres*. Madrid: Visor.
- De la Espriella Guerrero, R. (2008). Terapia de pareja: abordaje sistémico. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(1), 175-186.
- De Shazer, S. (1985). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Paidós.
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (2010). Brief Therapy: Focused Solution Development. *InterAction-The Journal of Solution Focus in Organizations*, 2(2), 50-76.
- Ferro García, R., & Ascanio Velasco, L. (2014). Terapia de Interacción Padres-hijos (PCIT). *Papeles del psicólogo*, 35(3), 169-180.
- Gottman, J., & DeClaire, J. (1997). *Los mejores padres: cómo desarrollar la inteligencia emocional de sus hijos*. Buenos Aires: Javier Vergara Editor.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). "El ciclo vital de la familia". En: HALEY, J.: *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jadue, J. (2002). Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso ya la deserción escolar. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, (28), 193-204.
- Marinho, M. L., & Silveiras, E. F. M. (2000). Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo. *Psicología Conductual*, 8(2), 299-318.
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Melià De Alba, A., & Roselló, B. (2008). Fundamentación de un programa multicomponencial de asesoramiento a familias por hijos con Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad. *Revista de neurología*, 46, 43-45.
- Montes, J. M., & Corbella, E. C. (1998). Trastornos adaptativos. *Psiquiatría en atención primaria, Aula Médica, Madrid*, 271-280.
- Morejón, A. R., & Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. M. Garrido y J. García (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, 241-290.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1999). *Arte del Cambio*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. H., Weiner-Davis, M., Beyebach, M., & García, M. L. (1990). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Ortiz, D. (2008). *La terapia familiar sistémica*. Ecuador: Ediciones Abya-Yala/Universidad Politécnica Salesiana
- Perea, J. L. (2006). Gestión de recursos humanos: enfoque sistémico en una perspectiva global. *Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 109-122.
- Rey, C. (2006). Entrenamiento de padres: Una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1(1), 61-84.
- Robles Pacho, Z. & Romero Triñanes, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: Una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27(1), 86-101.
- Rodríguez Ceberio, M. (1998). *Epistemología y psicoterapia: Hacia la construcción de un nuevo paradigma*. Recuperado de <https://www.scribd.com/doc/83873401/01-Epistemologia-y-Psioterapia-Ceberio>.
- Simon, F. B., Stierlin, H., & Wynne, L. C. (1984). *Vocabulario de terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.

- Cámara, P. S., & Romero, M. D. (2006). Efectos de un programa de crianza para mamás y papás de niños pequeños: la importancia del nivel educativo de los padres. *Revista infancia, adolescencia y familia*, 1(1), 161-176.
- Toro, J. (1984). El entrenamiento de padres como modificadores de la conducta infantil. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, (30), 97-110.
- Villena, M. P., & Soto, E. S. (1993). El modelo sistémico en el trabajo social familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas. *Alternativas: cuadernos de trabajo social*, (2), 169-184.
- Wainstein, M. (2000). *Intervenciones con individuos, parejas, familias y organizaciones*. Buenos Aires: Eudeba.
- Wainstein, M. (2006a). *Comunicación. Un Paradigma de la Mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006b). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2013). INTERVENCIONES PSICOSOCIALES Y FARMACOLÓGICAS EN 36 CASOS DE MUTISMO SELECTIVO. En *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado el 30 de Abril de 2016 de <http://www.aacademica.org/000-054/246.pdf>
- Wainstein, M., & Wittner, V. (2003). Enfoque psicosocial de la pareja. Aproximaciones desde la terapia de la comunicación y la terapia de solución de problemas. *Revista Psicodebate 4: Psicología, Cultura y Sociedad*, Año IV (4), 131-144.
- Watzlawick, P. (1984). *The Invented reality: how do we know what we believe we know?: contributions to constructivism*. New York: Norton.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. & Jackson, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., & Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad. Barcelona/Buenos Aires: Paidós.*

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