

**EL MODELO CLÍNICO Y PREVENTIVO DEL INSTITUTO HUMANIZA
SANTIAGO: TERAPIA SISTÉMICA - VINCULAR CENTRADA EN LA NIÑA, EL
NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.**

**THE CLINICAL AND PREVENTIVE MODEL OF INSTITUTO HUMANIZA
SANTIAGO: SYSTEMIC – ATTACHMENTT THERAPY FOCUSED ON THE
GIRL, BOY, TEENAGER AND THEIR FAMILY.**

Freddy Orellana Bahamondes
freddy@humanizasantiago.cl
Instituto Humaniza Santiago

Astrid Martin González
astrid@humanizasantiago.cl
Instituto Humaniza Santiago

RESUMEN

Los autores describen, en el contexto de la formación de terapeutas sistémico vinculares que realiza el Instituto Humaniza Santiago desde hace 16 años, el modelo clínico y preventivo “Terapia Sistémica Vincular Centrada en la Niña, el Niño, el Adolescente y su Familia”, se explicita el camino recorrido y las principales influencias teórico-prácticas y clínicas recibidas. Al interior del modelo, reconocen el contexto evaluativo y el de terapia. En este último, la posibilidad de una terapia vincular-contextual y una terapia individual-contextual, señalando cuando estaría más indicado ambos tipos de terapia. Finalmente, se señalan los valores que están a la base modelo clínico y preventivo, reconociendo sus principios éticos, lo que permite orientar el accionar ético del terapeuta.

Palabras claves: modelo clínico, contexto, prevención, terapia sistémica vincular.

ABSTRACT

The authors describe, on the context of training for systemic-relationship therapist carried out by the Instituto Humaniza Santiago for 16 years, the clinical and preventive model called ‘Systemic-attachmentt therapy focused on the girl, boy, teenager and their family’. The path followed, main theoretical-practical and clinical influences are presented. Within the model, the assessment and therapy context are recognized. On the latter, the possibility of a attachmentt-contextual therapy and an individual-contextual therapy, stating when each therapy is best suitable. Finally, the values on the base of the clinical and preventive model are stated, which allows guiding the ethical actions of therapist.

Keywords: clinical model, context, prevention, therapy, systemic-attachmentt therapy.

Introducción

El modelo clínico y preventivo surge desde nuestro trabajo como terapeutas, docentes y formadores de terapeutas del Instituto Humaniza Santiago (IHS) cuya actividad fundamental es la formación de “Terapeutas Sistémicos Vinculares” de niñas, niños, adolescentes y sus familias, lo que se ejecuta a través de una programa institucional de dos años de duración, que denominamos “Postítulo en Psicoterapia Sistémica Vincular Centrada en la Niña, el Niño, el Adolescente y su Familia”. Este programa está reconocido por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos y cumple con los requisitos exigidos en Chile respecto a teoría psicoterapéutica, práctica clínica, atención terapéutica, supervisión y trabajo personal.

El modelo clínico aquí esbozado es producto de nuestra historia en términos institucionales y respecto de la comunidad de terapeutas, formadores y formandos que aglutina el IHS. Los elementos que nos parecen destacables y que son el origen de nuestra propuesta formativa lo resumiremos de la siguiente manera:

- Desde el origen del IHS confluyeron en su conformación, profesionales con un fuerte interés psicosocial, orientados especialmente al trabajo de abordaje de la violencia en sus diversas manifestaciones.
- Algunos fundadores psicólogos fueron formados como terapeutas familiares y de parejas, otros además, como terapeutas psico-corporales reichianos. Reconociendo una vez culminadas dichas formaciones, la necesidad de avanzar hacia una mayor comprensión y validación del niño, la niña, el adolescente y su individualidad, así como incorporarlos como protagonistas activos del proceso de terapia en el contexto de sus relaciones familiares y vinculares. Por lo que la propuesta clínica original se nutrió de la intencionalidad de avanzar en la comprensión del niño, niña y adolescente, con un foco fundamental en lo relacional, vincular y psico-corporal.
- En este camino de formar a otros terapeutas transmitiéndoles nuestro modo de entender la terapia, hemos encontrado una interesante convergencia teórica y práctica en el paradigma sistémico y la teoría del apego. Un elemento básico de convergencia ha sido entender los procesos relacionales recursivos de los sistemas vivos como procesos regulatorios emocionales y psico-corporales.
- El aporte de la perspectiva reichiana nos ha ayudado a comprender la importancia fundamental que tienen los primeros años de vida en el desarrollo de la memoria corporal implícita y en las posibilidades regulatorias, siendo esta perspectiva una potente herramienta de trabajo clínico y preventivo en el continuo embarazo, parto y crianza.

Con el fin de especificar nuestras influencias teórico-prácticas y clínicas haremos un recorrido sintético, reconociéndolas en los ámbitos de la terapia sistémica, teoría del apego y enfoque reichiano. Esperamos entregar pistas suficientes acerca de nuestro modo comprensivo de la terapia, para luego explicitar el modelo clínico y preventivo.

Nuestras influencias en la construcción del modelo clínico y preventivo

Terapia sistémica

En lo sistémico nos identificamos con una mirada contextual, relacional y transgeneracional. Nos ha interesado especialmente el reconocimiento de los contextos de trabajo terapéutico y las posibilidades diferenciales de los mismos, para lo cual nos ha aportado Stefano Cirillo (2012), autor que argumenta que los contextos de trabajo permiten, a quien realiza una lectura adecuada del mismo, realizar una intervención coherente en el ámbito clínico o psicosocial; en un contexto terapéutico o no terapéutico.

Al interior de los enfoques sistémicos nos identificamos con la mirada transgeneracional, interesándonos especialmente por autores como Alfredo Canevaro y Edith Tilman-Ostyn. Canevaro (2003, 2010, 2013) nos ha aportado una renovada perspectiva acerca del excelente recurso que es la familia de origen en la atención de adolescentes, jóvenes adultos y adultos, especialmente en las terapias individuales. A través de lecturas y supervisiones clínicas directas hemos integrado desde lo teórico, vivencial y práctico, cómo los asuntos significativos no resueltos en generaciones pasadas se pueden hacer presentes, a través de síntomas que producen sufrimiento y entregan un mensaje a la familia. Canevaro ha relevado la importancia medular de los procesos de diferenciación al interior de las familias con mirada transgeneracional. Todo lo anterior lo hemos aprendido a través de una metodología presencial y vivencial con la propia dirección de Canevaro, a través de talleres multifamiliares con nuestras propias familias de origen, trabajo de genogramas y supervisiones clínicas (Orellana et. al., 2015).

Edith Tilman-Ostyn (1995, 1999, 2004) nos ha enseñado, a través de sus publicaciones y de un proceso de reflexión teórico-práctico y vivencial denominado "post formación sistémica", acerca de la importancia de utilizar la expresión no verbal y la intuición del niño pequeño como un mediador y estimulador para el descubrimiento de las zonas oscuras, que han resultado inaccesibles y forman parte de aquello que ha sido implícito, pero no ha sido dicho, ni ha sido elaborado por la familia. Asimismo, hemos reconocido la importancia de los recursos de la fratría para el desarrollo de todos los miembros de la familia. (Tilman – Ostyn & Meynckens-Fourez, 1999) Hemos aprendido a estar atentos al reconocimiento de "el niño en el adulto", para la comprensión del vínculo transgeneracional de los consultantes y el desarrollo del propio estilo terapéutico. Hemos re-valorizado también la utilización el lenguaje analógico, a través de estimular la construcción de material metafórico para alcanzar el sufrimiento del "niño en el adulto" y una comprensión de los dinamismos presentes en las relaciones vinculares, cuestión que ha sido muy significativa como herramienta de apertura de contenidos implícitos, abordados desde la potencia y la contención que entrega una metáfora individual o relacional.

En los último años de desarrollo del modelo hemos logrado distinguir que la base de la formación clínica que ofrecemos es la persona del terapeuta, ello es significativo en términos epistémicos, pues conceptualizamos que el modo de comprender la realidad y las relaciones de parte del terapeuta está ligado fundamentalmente a su propia historia relacional en la familia de origen, lo que determina la presencia de un cierto self personal que afecta al self profesional y a las posibilidades del campo vincular del terapeuta

(Orellana, et. al., 2015). Por lo que el trabajo sobre el modo como el terapeuta se mira a sí mismo y entiende la forma que tiene de vincularse con otros nos parece de toda relevancia; para ello hemos desarrollado un método de trabajo que valida el trabajo simbólico con el terapeuta a través del clásico uso del genograma y retoma la importancia de la presencia de la familia de origen en la formación clínica¹, cuestión propuesta por pioneros sistémicos como Murray Bowen (1991), James Framo (1992) y representada en el presente por la influencia de terapeutas como Canevaro y Ackermans (2013) y Cirillo, Selvini y Sorrentino (2011).

Quizás por ello en nuestro camino, hemos relevado el antiguo concepto sistémico de la autorreferencia acuñado por Elkaim (1989), quien definió que "lo que describe el psicoterapeuta surge en una intersección entre su entorno y él mismo: no puede separar sus propiedades personales de la situación que describe" (pg. 15). En la misma obra Elkaim señala que el sentir del terapeuta al relacionarse con una familia "remite no sólo a la historia personal, sino también al sistema en que este sentimiento emerge: el sentido y función de esta experiencia vivida se vuelven herramientas de análisis y de intervención al servicio mismo del sistema terapéutico" (Pg. 15). Por tanto, el terapeuta es parte de lo observado, conforma junto a sus consultantes el sistema terapéutico perdiendo su aparente neutralidad. Las autorreferencias son parte significativa del modelo clínico y muy útiles, dado que ayudan a construir puentes que amplían el marco comprensivo de lo posible en el sistema terapéutico, para el terapeuta y sus consultantes.

Teoría del apego

Estamos influenciados personalmente hace muchos años, desde nuestros orígenes institucionales, por autores como Barudy y Dantagnan (2010) y Kimelman (2013). Los que nos han sensibilizado respecto a la importancia del apego para la comprensión y el trabajo terapéutico respecto a las capacidades parentales, la mentalización y la capacidad reflexiva, y su influencia decisiva sobre los procesos de autoregulación.

Adherimos a la conceptualización de Schore (2012) respecto a que la teoría del apego es una teoría de la regulación, lo que se favorece básicamente a edades tempranas, ello posee constatación científica y es observable en psicoterapia, ejerciendo una importante influencia en el desarrollo de los sistemas cerebrales, en la modulación del estrés, la autorregulación y el procesamiento no consciente de la emoción (Schore, 2000).

Durante los últimos años se han desarrollado una serie de investigaciones que enfocan en la medición del apego de los adultos, ello es significativo pues aporta al terapeuta un método y una perspectiva acerca de la parentalidad. En este sentido, Barudy y Dantagnan (2010) señalan la existencia de ciertas capacidades necesarias e indispensables que hacen posible la parentalidad sana: apego y empatía, proponiendo una metodología

¹ Recomendamos para interiorizarse de esta propuesta leer el artículo "La persona del terapeuta y su origen. La inclusión de las familias de origen y su impacto en el desarrollo del self profesional de los terapeutas del Instituto Humaniza Santiago"¹, en el cual se sistematiza dicha experiencia. En línea en Revista Vincularte, año I, N° 1, (19-54). <http://www.humanizasantiago.cl/wp-content/uploads/2015/12/La-persona-del-terapeuta-y-su-origen.-Humaniza-Santiago.Dic2015.pdf>

evaluativa de las mismas. Desde la perspectiva de los adultos nos ha interesado también la transmisión transgeneracional del apego. La literatura entrega evidencia (Fonagy, 1999, Martínez, J. 2012) acerca de la persistencia transgeneracional de los patrones de apego, nosotros también lo observamos en nuestra práctica clínica. Al parecer, la cuestión de como fuimos vistos, es una representación que estaría, según Fonagy (1999) "en el núcleo" de nuestros sí mismos; se hace relación con el bebé; afectando su función reflexiva; ello sería parte fundamental de la transmisión transgeneracional del apego.

Un concepto emanado desde la teoría del apego que es una interesante herramienta teórica y clínica, que ha demostrado su importancia respecto al desarrollo de apego seguro en el niño, es la mentalización, que es definida como:

la capacidad de comprender la propia mente y la de los otros a partir de estados mentales como intenciones, sentimientos, pensamientos, deseos y creencias (Fonagy et al., 1991), con la finalidad de dar sentido y anticipar las acciones de cada uno (Fonagy y Target, 1997). Gracias a esta capacidad las personas pueden entender que el comportamiento propio y el de los otros están ligados de modo significativo y predecible a sentimientos e intenciones subyacentes, que pueden ser dinámicos y cambiantes (Fonagy et. al. 2002) (Santelices et. al. 2016, Pg. 72).

Es sabido que la influencia de los adultos es fundamental en la potenciación o debilitamiento del desarrollo íntegro de los niños. Es posible pensar que un elemento fundamental en dicho proceso es la capacidad mentalizadora de las figuras parentales respecto a sus hijos que, a su vez, influye poderosamente en el desarrollo de la capacidad mentalizadora de los hijos respecto a sus padres. En este sentido, la capacidad mentalizadora facilita la salud individual y relacional de sus miembros al entregar una comprensión emocional e intencional del comportamiento propio y del otro. Esto se hace muy relevante para padres e hijos que viven en su desarrollo un proceso relacional de dependencia, cuestión que en los primeros años es de vital importancia para el bebé.

Terapia reichiana

La perspectiva reichiana nos ha influido en el aspecto vivencial, teórico y metodológico, respecto a la posibilidad preventiva y promocional de la salud del bebé y sus figuras parentales. Dicha metodología se orienta, en una de sus vertientes, al desarrollo de grupos de crianza que estimulan una relación autorregulada entre la madre, el padre y su bebé centrada en el reconocimiento y satisfacción de las necesidades de este último y en la reflexión acerca del carácter de los padres y las madres, como elemento que se despliega en el continuum embarazo, parto y crianza.²

² Recomendamos para comprender esta metodología de trabajo leer el artículo: Sistematización de la práctica preventiva con grupos de mujeres embarazadas y sus parejas, y grupos de familias con hijos en la primera infancia (1-3 años) en el Centro Hazi-Hezi, País Vasco, España. En línea: <http://www.humanizasantiago.cl/wp-content/uploads/2013/05/Artículo-Sistematización-Hazi-Hezi.pdf>

La autorregulación es un antiguo concepto de Reich (1993) que tiene un componente psico-corporal y es entendido en una lógica psicosomática. Se comprende al ser humano como un sistema que integra en una unidad lo biológico y lo psicológico, donde ambos componentes confluyen y determinan el desarrollo psico-afectivo-sexual de una persona. Desde esta mirada, la posibilidad del ejercicio de la autorregulación está condicionada por la satisfacción de las necesidades afectivas, sexuales y psicológicas que presenta el individuo en su desarrollo, pudiendo ello ser facilitado o dificultado por el contexto familiar y socio-cultural.³ Dicho proceso debe ser entendido como una continuidad que se desarrolla desde la vida intrauterina (Orellana, Cortes y Rodríguez, 2013)

Serrano (2005), señala que la enfermedad y el sufrimiento emocional tienen una etiología fundamentalmente social y se articula durante el proceso de maduración y de integración de funciones de nuestra específica estructura humana. Por tanto el sistema familiar, como ecosistema principal durante ese período, en cuanto que dependemos de él para sobrevivir, se convierte en el principal modulador, pero no en el único responsable, de la enfermedad o de la salud.

Otro concepto importante impulsado por la perspectiva reichiana es el de memoria corporal, el cual señala que lo que ocurre desde la concepción y en edades tempranas en la relación madre-bebé y padre-bebé, queda grabado como una memoria implícita que permanece y se manifiesta en la infancia, adolescencia y vida adulta. “Sabemos que la fluidez de la energía en el cuerpo y las tensiones musculares en los niveles corporales nos cuentan la historia relacional tanto del psicoterapeuta como del paciente” (De Paula, 2016. Pg. 1)

Un concepto central para Reich (1993) es el de carácter, definido como la coraza del yo, con estos términos el autor hizo referencia a la constatación clínica que la mayor o menor violencia o coerción sufrida en la infancia dentro del sistema familiar y educativo, así como el nivel de estrés patógeno que ha vivido una persona en su proceso de maduración psicoafectiva desde la vida intrauterina hasta la adolescencia, lo obliga no sólo a formar un espacio psíquico donde van a refugiarse todas esas experiencias lejos de nuestra consciencia, y al que Freud llamó inconsciente, sino también a desarrollar un sistema defensivo estructural, conductual y somático o neuromuscular, que permite y facilita la adaptación a las exigencias de los ecosistemas humanos, ello se traduce en la construcción de una coraza caracteromuscular. Esta evitación del sufrimiento, generaría por contrapartida una pérdida de contacto con los propios procesos intrapsíquicos y las propias sensaciones corporales que dan cuenta de cierta vivencia afectiva, lo que desde esta mirada psicoterapéutica se denomina bloqueo emocional, ello se evidencia en la conducta, es decir en el carácter y en las tensiones crónicas del cuerpo, la disfunción respiratoria y la distonía neurovegetativa (cefaleas, astenia, estreñimiento, taquicardias, etc.). El desarrollo de un carácter o coraza neuromuscular rígida, generaría una pérdida de contacto perceptivo que afectaría la capacidad de autorregulación de las necesidades afectivas, psicosexuales y

³ Recomendamos leer un testimonio entregado por nuestra compañera del Instituto Humaniza Santiago, Mónica Rodríguez respecto al vínculo temprano con su bebé, como modo de comprender la potencia afectiva y vincular de una postura que facilita el contacto y la autorregulación. En línea: <http://www.hazihezi.com/testimonio-de-un-vinculo/>

sociales, las cuales son reemplazadas por las necesidades y regulaciones de los cuidadores. La pérdida de contacto perceptivo consigo mismo, también produciría una pérdida de contacto con la emocionalidad del otro e influiría en el establecimiento del vínculo afectivo y la capacidad de empatía (Serrano, 2004).

Modelo clínico y preventivo: terapia sistémica - vincular centrada en la niña, el niño, el adolescente y su familia.

El modelo clínico y preventivo está en permanentemente construcción. Lo que aquí describimos corresponde a aquello que hemos logrado comprender y escribir hasta el presente, desde nuestro ser y hacer en el camino clínico y formativo recorrido. En este sentido, intentamos comunicar un asunto complejo, dado que obedece al campo de las relaciones humanas, la salud y la patología de las personas en los sistemas humanos, especialmente en la familia. Para su descripción, en virtud de intentar traducir la complejidad del mismo, se irán abordando de un modo flexible la descripción de contextos y técnicas, también se harán explícitos los valores del modelo.

El modelo es clínico y preventivo, dado que pensamos que un terapeuta interesado en el trabajo clínico con niños, adolescentes y familias debería ayudar a sus consultantes a salir del sufrimiento y avanzar hacia la salud. Por lo que la terapia puede tener estos dos grandes objetivos, complementarios y diferentes, que implican un conocimiento acerca de la patología y una concepción de salud. Desde nuestra perspectiva, la salud está orientada al desarrollo personal, familiar y social, así como la enfermedad está mas bien representa por un movimiento de interrupción o entramamiento del desarrollo del individuo, del entorno familiar y social. La salud es asimilable entonces con la fluidez del crecimiento y la maduración psico-biológica, así como la enfermedad a la dificultad, en ocasiones al bloqueo, de dicho proceso de crecimiento y maduración, por lo que hablaríamos de un concepto de salud bio-psico-social.

El reconocimiento del contexto de evaluación y del contexto de terapia (Cirillo, 2012), así como las características de los mismos, ha sido de utilidad para el desarrollo del modelo, dado que ha permitido realizar una lectura coherente de cada contexto, así como estructurar el entendimiento del modo de actuar del terapeuta. Si bien, la naturaleza de la relación siempre es terapéutica, reconocemos que ambos contextos tienen características y componentes diferentes.

Contexto de evaluación

Selvini (2015) describe la ambivalencia del desarrollo de la psicoterapia respecto del uso de los diagnósticos, identificando a “los fieles Rorschach, de los DSM”, los pro-diagnósticos, en oposición a los seguidores de la espontaneidad y de la creatividad del proceso terapéutico, los anti-diagnósticos. Entre ellos se encontrarían los terapeutas sistémicos que han bregado por la des-patologización del paciente índice. El autor parafrasea el primer axioma de la teoría de la pragmática de la comunicación humana: es imposible no comunicar (Watzlawick et al., 1967 en Selvini, 2015), afirmando que en psicoterapia es “imposible no diagnosticar”. En consecuencia, formula el principio de que

es imposible no tener una evaluación de la persona que tenemos al frente, y que si negamos este proceso lo haremos de igual modo, probablemente de un modo ingenuo.

En nuestro modelo clínico y preventivo consideramos que es necesario realizar evaluaciones familiares y diagnósticos individuales, que nos ayuden a comprender la complejidad de nuestra unidad de análisis: el niño o adolescente y su familia, así como a proponerle a la familia un plan de trabajo terapéutico coherente y que propenda a la efectividad terapéutica. El terapeuta es entonces un experto en sus conocimientos técnicos y en la relación terapéutica, así como el niño, adolescente y su familia es experta respecto a su propia emoción, sentimientos, intenciones e historia. La terapia podría ser entendida como el encuentro estos dos tipos de expertos.

El contexto evaluativo se caracteriza por una cualidad relacional e investigativa, se establece un cierto tipo de relación que sigue siendo terapéutica; un encuentro entre la familia y el terapeuta en función de resolver un cierto problema identificado por alguien al interior de la familia o en su medio socio-jurídico-educacional. Por tanto, implica la formulación de preguntas y el desafío de intentar construir un cierto problema relacional para resolver.

Se inicia con el primer contacto, que se desarrolla desde el momento en que se establece la primera interacción entre el terapeuta y los consultantes. Este primer contacto tiene por finalidad, para el terapeuta, organizar el modo como se desarrollará la primera sesión y por tanto, como comenzará a conocer a la familia y su queja, la cual podemos definirla como el relato inicial de los consultantes respecto a aquello que les aqueja, relato que obedece al modo de comprender lo que les ocurre y frente al cual requieren de ayuda u orientación.

Durante este proceso es muy relevante centrarse en los aspectos relacionales - contextuales, tomando la queja pero no quedándose en ella de modo permanente. Este primer momento nos permitirá comprender con la familia, lo que les ocurre, desde una postura de contención, validación y respeto.

Componentes básicos del contexto evaluativo:

1. Existe una solicitud de ayuda o de investigación por parte de los consultantes o un tercero con autoridad, acerca de un asunto disfuncional que ha ocurrido en un contexto significativo del niño, adolescente y su familia.
2. Existe un encuadre de trabajo evaluativo, aceptado por los consultantes, que implica: objetivos, tareas, medios y roles conocidos.
3. Existe un tiempo determinado de trabajo y un espacio físico apropiado para el desarrollo de la tarea.

En el contexto evaluativo, reconocemos dos tareas fundamentales:

- a. Conformación del nuevo contexto evaluativo y relacional que se establece entre el niño o adolescente, su familia y el terapeuta.
- b. Comprensión conjunta del problema y su relación con el desarrollo del niño, el adolescente y su familia.

a. Conformación del nuevo contexto evaluativo y relacional que se establece entre el niño o el adolescente, su familia y el terapeuta.

Trabajar ese primer encuentro con los consultantes es de suma importancia para establecer las bases de la relación terapéutica en el contexto de evaluación, en este sentido reconocemos los siguientes objetivos y tareas:

a.a. Distinguir cuáles son las referencias de los consultantes respecto al espacio terapéutico, en el entendido que cuando una persona, niño u adulto, asiste a un primer encuentro con el terapeuta, trae consigo una serie de experiencias y diálogos previos respecto a la terapia, que es importante desentrañar para conocer cómo asiste a esta primera sesión, cómo está entendiendo dicho encuentro en el contexto de sus relaciones significativas (Tilman-Ostyn, 2014). En términos técnicos implica la formulación de preguntas del siguiente tipo, según las siguientes situaciones:

- 1) No hay experiencias terapéuticas previas: nos interesa explorar cuáles son las expectativas o creencias de los consultantes y de miembros significativos de la familia de origen respecto a la asistencia a terapia. Preguntas posibles: *¿existe alguien en la familia de origen que tenga experiencias terapéuticas de éxito o fracaso?, ¿cuál ha sido el resultado? ¿qué personas significativas saben que hoy está asistiendo a esta sesión? ¿qué opinan?. Aquellos que no saben, si supieran: ¿qué imagina Ud. opinarían de su asistencia hoy?* (Tilman-Ostyn, 2014) . A veces nos resulta útil pedirle al consultante que realice una escultura que grafique en una imagen mental o en un dibujo, cómo llega a la terapia y cual sería la postura física personal y de sus seres significativos respecto al hecho de consultar y pedir ayuda a un terapeuta. Es importante dimensionar para el vínculo terapéutico en construcción, cómo viene aquel que ingresa por primera vez a terapia en un primera sesión, y por quien, en términos simbólicos, viene acompañado como un apoyo, detractor o desde la indiferencia a la posibilidad de realizar un proceso terapéutico.
- 2) Tiene experiencias previas: si existen experiencias de terapia anteriores estamos interesados en reconocer lo que ayudo y no de esos procesos terapéuticos, así como el tipo de relación que nuestros consultantes desarrollaron con la terapeuta anterior. Ello nos permitirá saber como ayudar mejor y reconocer las limitaciones relacionales de dicho proceso, que podrían reproducirse en el proceso terapéutico que se inicia. Preguntas posibles: *¿cómo fue la experiencia anterior de terapia? ¿Qué de lo que hizo el anterior terapeuta te ayudo? ¿Qué de lo que hizo no te ayudo? ¿Cómo culmino esta terapia? ¿Existen cuestiones que no le has podido decir al terapeuta en ese proceso? ¿cuáles han sido tus buenas razones para no hablar con el terapeuta estos asuntos?.*

En el caso de las familias con niños y adolescentes, resulta necesario propiciar un espacio relacional en que los niños y adolescentes sean actores válidos e integrados a la terapia. Ello se refleja en la utilización de un lenguaje común, comprensible para los niños

según su momento evolutivo y una disposición del terapeuta a relacionarse con todos los integrantes de la familia, para darles un espacio a cada cual.

a.b. Establecer alianzas con todos los miembros de la familia que asistan al proceso de evaluación e incluir a los inasistentes de un modo activo, validando la relevancia de todos los integrantes de la familia durante este proceso, para la consecución de los objetivos que se persiguen. Para ello, trataremos de vincularnos de un modo empático con todos los miembros de la familia, contactando con sus necesidades insatisfechas, sus deseos y frustraciones, especialmente respecto al síntoma expresado en el niño/a o adolescente, manteniendo la equidistancia (Selvini, Cirillo y Sorrentino, 1999). Trataremos también de mantenernos diferenciados de las familias, rescatando nuestras propias intuiciones, emociones y cogniciones.

Respecto a los ausentes, preguntaremos por ellos, trataremos de convocarlos del mejor modo posible, lo cual siempre se construye con los consultantes, a veces podemos llamar directamente al ausente, otras veces acordamos que lo convoca un miembro de la familia, las alternativas dependerán de las circunstancias y del diálogo con los presentes. En el caso que el ausente significativo no pueda o no quiera asistir a la evaluación, lo incorporaremos a través del relato de los consultantes, dilucidando su lugar y rol en la familia.

a.c. Establecer el encuadre evaluativo que determine la forma; el continente sobre el que se establecerá la relación clínica y evaluativa. Para ello, acordaremos un tiempo de trabajo, una frecuencia de sesiones, los actores necesarios, los objetivos del proceso evaluativo, las tareas de cada cual, lo económico, el tipo de reporte, los límites del trabajo y el rol del evaluador.

b. Comprensión conjunta del problema y su relación con el desarrollo de la niña, el niño, el adolescente y su familia:

En este componente del trabajo en el contexto evaluativo, debemos realizar un trabajo que propenda a obtener una “comprensión conjunta” del problema con perspectiva relacional y con el aporte de los expertos en sí mismos, que son los miembros de la familia, y el experto clínico que es el terapeuta. Para ello, nos interesa:

b.a. Re-construir la historia con los consultantes de un modo relacional, intentando distinguir el sentido de la acción y emoción de los miembros de la familia en la evolución del problema y el sufrimiento generado, de modo de comprender, con la familia, las pautas relacionales presentes, el contexto en el cual comenzó a desarrollarse un determinado problema, en su dimensión cronológica y espacial.

b.b. Identificar los recursos de la familia, iluminándolos en la relación terapéutica, ello es un excelente modo de potenciar la esperanza en la propia capacidad para evolucionar, madurar y crecer. Asimismo, es una buena manera de contener las posibles angustias y frustraciones que surgen al consultar al terapeuta.

b.c. Mirar el lado compensatorio de los síntomas puede ayudar a la familia y al terapeuta, a comprender que un cierto síntoma, entendido a la vez como un mensaje y un sufrimiento, también es un movimiento que produce un cierto equilibrio y que

esconde un recurso, habitualmente no reconocido en el paciente índice, como por ejemplo: la capacidad de ser sensible al sufrimiento de la familia. También es interesante valorizar la presencia del síntoma como una posibilidad expresiva en la familia, que probablemente antes⁴ no fue posible.

b.d. Co-construir un motivo de consulta, diferenciándolo de la queja inicial y relacionándolo con el desarrollo del niño, adolescente y su familia. Entendemos el motivo de consulta como una descripción y explicación consensuada con los consultantes, acerca del modo como se ha presentado y se presenta un determinado problema, en algún y/o algunos miembros de la familia, que les afecta, se hace evidente y toma la forma de queja en el primer contacto. Nos parece que para que el motivo de consulta sea útil, debe generar una explicación alternativa al síntoma, intentando comprender la funcionalidad del mismo y el mensaje implícito que entrega. Asimismo incluye la incorporación de la descripción diagnóstica de un cuadro en específico, si el terapeuta en su expertíz así lo determinara, con la correspondiente psicoeducación respecto a dicho cuadro.

En nuestro modelo, el motivo de consulta debe incorporar una perspectiva de desarrollo con visión de futuro, lo cual permite abrir caminos de abordaje del sufrimiento, de búsqueda de salud y desarrollo para todos los miembros de la familia. En términos cronológicos, la consolidación de la co-construcción del motivo de consulta corresponde al último momento del contexto de evaluación, y es el inicio de otro proceso, que podría o no significar el comienzo de una intervención terapéutica.

En el proceso de construcción de este motivo de consulta el terapeuta debe entregar argumentos y generar diálogos que ayuden a que los miembros de la familia comprendan compartidamente la presencia del síntoma y su sentido; el paciente sintomático no es el único que tiene el problema, dado que es un asunto que le compete también a la familia. Ello, genera una vivencia de justicia relacional; fomenta un vínculo terapéutico de seguridad afectiva, por tanto fortalece la alianza terapéutica y el compromiso con el proceso terapéutico. Esto no implica realizar una negación de un posible diagnóstico, como podría ser el reconocimiento de un trauma, una anorexia u otro, sino que integrar este conocimiento del terapeuta a un diálogo con la familia que les ayude a enriquecer su comprensión de lo que les ocurre, buscando caminos de abordaje que permitan avanzar hacia la salud y el bienestar familiar.

En el caso de los niños y adolescentes, hemos llegado a constatar que un diagnóstico individual certero, como por ejemplo la existencia de un trastorno del espectro autista, debe implicar que el terapeuta realice un proceso de psicoeducación psicológica que estimule en la madre y el padre un sano proceso mentalizador del hijo a través de incluir dicha concepción diagnóstica.

⁴ El “antes” implica una dimensión temporal, que puede estar situada en el pasado reciente de la familia o tener una perspectiva transgeneracional.

Contexto de Terapia

A través del camino recorrido, reconocemos los siguientes componentes básicos del contexto de terapia:

- a. El consultante explicita una petición de ayuda.
- b. El consultante confía suficientemente en el terapeuta y lo elige. Asimismo, este último, confía suficientemente en el consultante, comprometiéndose a ayudarlo terapéuticamente.
- c. Existe un encuadre de trabajo aceptado por el consultante, que implica: objetivos, tareas, medios y roles conocidos.
- d. Existe un tiempo determinado de trabajo y un espacio físico apropiado para el desarrollo de la tarea.
- e. El terapeuta explicita y respeta el secreto profesional, e informa de sus limitaciones.

Para reconocer que estamos en un contexto de terapia se hace necesario que cada uno de estos componentes se encuentren explicitados y acordados, si alguno de ellos falla se produce una distorsión del contexto de terapia que incidirá negativamente en los resultados del trabajo terapéutico, dado que la conformación de dicho contexto tendrá ciertas “grietas” que impedirán o dificultarán el proceso. Por ejemplo, si el consultante no explicita una petición de ayuda, la cual podría provenir por ejemplo de una institución como un tribunal de justicia o un establecimiento educacional, y se comienza el trabajo terapéutico, podría ocurrir que el terapeuta sea el que provea de energía para el proceso y termine trabajando más que sus consultantes, siendo imposible realizar un efectivo proceso de ayuda, dado que la inexistencia de dicha solicitud devela que no existe un consultante válido para el proceso clínico.

Definición de Terapia y sus Tipos

¿Qué es la terapia sistémica vincular centrada en la niña, el niño, el adolescente y su Familia? Es un proceso terapéutico en el que participa al menos un terapeuta, un niño/a o adolescente con su familia, parte de ésta o con sus cuidadores. Los consultantes explicitan una solicitud voluntaria de ayuda al terapeuta, respecto a un sufrimiento mantenido en el tiempo y del cual no han podido "emerger". El terapeuta, luego de un proceso de evaluación, ofrece un marco de trabajo clínico específico con perspectiva vincular y transgeneracional que permite, si los consultantes validan dicho ofrecimiento, generar un sistema y proceso terapéutico que inicialmente intenta contener las angustias y, posteriormente, busca transformar el sufrimiento del niño o adolescente y su familia, en un movimiento que permita retomar y fortalecer el proceso de maduración y desarrollo de toda la familia.

Tipos de Terapia

En nuestro modelo terapéutico distinguimos los siguientes tipos de terapia:

Terapia individual - contextual: proceso terapéutico con el niño o adolescente, con la colaboración de sus figuras parentales u otros significativos, focalizada en ayudarles a comprender y modificar elementos ligados al self personal, así como respecto de los procesos relacionales generadores de sufrimiento personal.

Terapia vincular - contextual: terapia con la familia o con parte de ella, orientada a resolver dinámicas relacionales y vinculares que generan sufrimiento y afectan negativamente el self personal de sus integrantes.

Ambos tipos de terapia son intervenciones complementarias, de hecho una puede conducir a la otra, aunque habitualmente es útil comenzar la intervención por la familia, es decir por la terapia vincular-contextual, de modo de favorecer un sistema relacional en que el padre y la madre o los cuidadores, puedan ser más conscientes de sí mismos y del vínculo que establecen con sus hijos, de modo que se pueda realizar una comprensión relacional e histórica del síntoma que los trae a terapia. Lo que implica comprender como el síntoma se desarrolló al interior de las relaciones familiares a través del tiempo, especialmente desde el origen del mismo. No obstante, también se puede comenzar con una terapia individual contextual con el niño, la madre o el padre, para desde la realidad sintomática individual avanzar hacia una terapia o trabajo vincular. De cualquier modo se requiere flexibilidad, dado que habitualmente la realidad familiar, del niño y adolescente, tiene particularidades que son muy importantes de considerar en el diseño clínico.

Desde esta perspectiva, nos parece que en ambos tipos de terapia se hace necesario ir al pasado para entender el presente y progresar hacia el futuro. Lo que Rof Carballo (1961 en Canevaro, 2010) describe como una reprogresión: "Se olvida a menudo que probablemente cada progresión, es decir cada paso a una estructura más integrada, compleja y autónoma, requiere para arribar a buen término una regresión previa"(P.260). En este sentido, el principio filosófico que guía el método es retroceder para retomar el desarrollo y volver a comenzar. Este pasado, tiene una dimensión reciente ligada a la familia nuclear que asiste a terapia con un sufrimiento en específico y una dimensión transgeneracional que conecta con las historias del padre y la madre en sus propias familias de origen. Es necesario mirar ambas dimensiones del pasado para que la familia tenga la posibilidad de establecer nuevas conexiones y con ello, darle un nuevo sentido al sufrimiento, comprender el mensaje transmitido por el síntoma y avanzar en el desarrollo personal y familiar.

Indicación de Terapia

Terapia vincular contextual

¿Cuándo podría estar más indicado una terapia vincular contextual? Hemos logrado diferenciar algunas situaciones clínicas que nos permiten sugerir que este tipo de terapia puede ser apropiada bajo ciertas condiciones preliminares, observables en el proceso de evaluación:

- Los padres o cuidadores protegen o intentan genuinamente proteger a sus hijos en términos emocionales y físicos.
- Los padres son conscientes y tienen disposición de incorporar al diálogo terapéutico su propia responsabilidad y emoción en la dinámica relacional con sus hijos.
- Las figuras parentales muestran en la relación con el terapeuta y con el apoyo del mismo, una función reflexiva suficiente que les permite mentalizar a sus hijos.
- Los miembros de la familia necesitan y desean realizar un trabajo vincular, ligado a una situación traumática o dolorosa que les ha afectado.
- Es posible construir un problema vincular que afecta al menos a dos miembros de la familia. (Morales, G. 2012)

La cuestión acerca de si las figuras parentales muestran el desarrollo de una función reflexiva suficiente que permita mentalizar a sus hijos es un punto muy relevante de evaluar al momento de sugerir o no un trabajo vincular madre o padre – hijo. Ello implica observar en las figuras parentales, en el momento de la evaluación, su sensibilidad para reconocer los sentimientos de sus hijos, así como si son capaces de “leer” sus intenciones, de modo de comprender que sus hijos y ellos mismos, tienen un mundo interno, implícito, que es coherente y conforma un tipo de comportamiento, que le otorga coherencia a la expresión de ello en un mundo externo, explícito. Se hace necesario, visualizar y explorar esta capacidad mentalizadora, para saber, si la madre y el padre podrán situarse, durante el proceso de terapia, en la relación vincular, protegiendo y buscando comprender lo que les sucede, en lo implícito y explícito, a sus hijos y a sí mismos.

Muchos padres que asisten a terapia, efectivamente son responsables de la existencia de síntomas indeseados en sí mismos y en sus hijos, no obstante aparece como un asunto muy relevante, que el terapeuta pueda sentir y percibir una intención y emoción genuina de querer recibir ayuda terapéutica y ayudar a sus hijos, así como que puedan reconocer explícitamente su propia responsabilidad en la dinámica relacional en la que participan junto a su familia, de modo de asumir la necesidad de un cambio personal y relacional. Este elemento es una cuestión primordial al momento de sugerir este tipo de trabajo vincular. Es una indicación riesgosa para este tipo de terapia, una posición emocional fría de los padres y poco protectora respecto a sus hijos, percibiéndose a sí mismos como no responsables del estado emocional estos últimos.

Respecto a la construcción del problema vincular, dicho proceso, implica una noción de la existencia de sí mismo y del otro, así como la mutua influencia de padres e hijos en el proceso vincular que genera sufrimiento e implica una amenaza para el desarrollo del niño y su familia. En este sentido, el fracaso en la construcción de un problema vincular es un fuerte mensaje de lo inapropiado que sería comenzar este tipo de terapia.

Terapia individual contextual

¿Cuándo podría estar más indicado una terapia individual contextual? Estas son las situaciones clínicas que nos permiten sugerir que este tipo de terapia puede ser apropiada bajo ciertas condiciones preliminares, que también son observables en el proceso de evaluación:

- Existe un relato de un miembro de la familia respecto a su propio sufrimiento o síntoma que hace referencia a algún trauma o dificultad personal.
- Hay una solicitud de un trabajo individual, existe una motivación propia para realizar el proceso.
- El padre y/o la madre aprueban la terapia, estando dispuestos a sostenerla a través del tiempo, por el amor que sienten por el hijo y/o por la angustia que les genera el síntoma. (Morales, G. 2012)
- Es necesario generar condiciones de protección hacia los hijos y en que los padres o cuidadores, requieren tomar consciencia del modo en que son partícipes del síntoma del hijo, buscando activar su función reflexiva y mentalizadora.

Como se observa, estas condiciones dan origen a una posibilidad de trabajo individual con un adulto o con un niño. En este modelo, el trabajo con los adultos está orientado fundamentalmente a mejorar la capacidad de cuidado y contención de los niños, a través de estimular una mayor seguridad en el vínculo materno y paterno – filial. La terapia se orienta inicialmente a reconocer y revisar la propia historia vincular de los padres, de modo de obtener nuevas referencias emocionales que permitan interrumpir la transmisión transgeneracional del apego y abordar de un modo diferente el síntoma del hijo.

La existencia de un relato respecto del propio sufrimiento referido a una situación personal que no está directamente ligada con la familia, como por ejemplo un evento traumático ocurrido en el colegio, es importante para determinar la indicación de un proceso terapéutico individual-contextual. Ello es coherente con la existencia de una motivación personal para realizar un proceso que requiere de la energía que sustente el compromiso y continuidad del consultante en la terapia.

En los casos de terapia individual contextual con un niño o adolescente, el punto de si los padres otorgan el espacio a la misma y van a poder sostenerla a través del tiempo, es fundamental, dado que sin ello es inviable el proceso clínico. Este aspecto debe ser problematizado con las figuras parentales a través de definir un contexto relacional que permita delimitar el espacio de terapia individual del hijo. Habitualmente esto incluye, al menos, elaborar el asunto de la confidencialidad, su ausencia en la terapia para dejar dicho espacio al hijo, la delimitación del tiempo de la misma y la posibilidad de realizar sesiones vinculares.

A continuación, como un modo de ilustrar los elementos básicos de ambos tipos de terapia, entregaremos un cuadro que resume la estructura y las definiciones conceptuales de aspectos relevantes del proceso clínico.

CUADRO DE LA ESTRUCTURA BÁSICA DE LOS TIPOS DE TERAPIA

Tipo de Terapia	Terapia individual - contextual	Terapia vincular - contextual
Unidad de atención	El niño/a o adolescente y al menos un cuidador.	El Niño/a o adolescente, idealmente con su familia nuclear o al menos una díada.
Mc co-construido	Es una descripción y explicación consensuada con los consultantes, acerca del modo como se ha presentado y se presenta un determinado problema o síntoma, en algún o algunos miembros de la familia, que les afecta, se hace evidente y toma la forma de queja, desde el primer contacto. Incluye la incorporación de la descripción diagnóstica de un cuadro en específico, si el terapeuta así lo determina, con la correspondiente psicoeducación respecto a dicho cuadro.	
	Con el/la cuidadora y el niño o el adolescente.	Con la familia.
Vínculo terapéutico	El vínculo terapéutico debe proveer de seguridad emocional a los consultantes, especialmente respecto aquello que les genera sufrimiento, debe ser construido con respeto y consideración por los derechos humanos de las personas en terapia. Esta basado en la comprensión cognitiva y afectiva de las relaciones familiares, con visión transgeneracional.	
Objetivos Terapéuticos	Tiene directa relación con el MC Co-construido.	
	Orientados principalmente a mejorar el self del niño/a o adolescente, el self del cuidador y el contexto en el que se manifiesta el síntoma.	Orientados principalmente en las dinámicas relacionales-vinculares disfuncionales presentes al interior de la familia.
Medios	Nos interesan especialmente las técnicas que nos permitan establecer un juego terapéutico y un diálogo metafórico, que generen un producto que actúe como mediador , para abordar lo superficial y lo profundo, presente en el self del niño y en los vínculos familiares, de un modo contenido. Priorizamos por la construcción de metáforas individuales y relacionales, través del diálogo, el juego terapéutico, cuentos, títeres, arte-terapia, medios gráficos, libro de vida y trabajo con fotografías familiares, entre otros.	
Encuadre	Se construye en la relación terapéutica, debe considerar la noción clara de límites y posibilidades de la terapia, tiene por función generar condiciones de seguridad para el proceso terapéutico, contener las angustias, de modo de permitir el desarrollo de la terapia. Tiene un componente interno (modo de estar del terapeuta, límites y posibilidades de la relación terapéutica) y externo (tiempo, materiales, espacio físico, el terapeuta en su aspecto y conducta concreta).	

Técnicas convergentes al modelo clínico y preventivo

Nos nutrimos de diversas técnicas siempre que sean coherentes con nuestro modelo clínico y sus valores que se describirán en el siguiente apartado. Nos vinculamos con el niño, el adolescente y la familia utilizando como mediador preferente el juego y la metáfora, dado que favorecen un encuentro terapéutico protegido y permiten, a la vez, acceder a contenidos emocionales significativos, muchas veces no accequibles de modo directo y racional. En este sentido el juego terapéutico y lo metafórico, generan un producto que actúa como mediador entre lo superficial y lo profundo, entre lo implícito y explícito, presente en el self de niño o adolescente y en las relaciones familiares.

En nuestro desarrollo del aspecto técnico, reconocemos dos dimensiones: la presencial y la simbólica. Lo primera, implica trabajar directamente con la familia de origen de los consultantes, niños y/o adultos, cuestión que representa una posibilidad elaborativa y colaborativa que busca estimular el proceso de diferenciación y maduración de sus miembros a través de poner en juego elementos vinculares presentes en las relaciones. En el caso de niños y adolescentes, diríamos que el formato sería la Terapia Vincular Contextual. En los adultos, esta técnica se traduce en generar ampliaciones (Canevaro, 2010) del sistema terapéutico, que permitan citar directamente a la familia de origen del padre y/o la madre, con el fin de comprender desde una perspectiva transgeneracional, aquello que es sentido como una dificultad propia por parte de las figuras parentales. En ocasiones, el sólo gesto de los padres de solicitar la asistencia de sus familias de origen con el fin de ayudarles en sus propias dificultades con sus hijos, es un gesto que modifica su posición existencial, que permite aceptar sus propias limitaciones y salir del juego de la impotencia y omnipotencia. Asimismo, dicha ampliación permite incorporar en el diálogo con el adolescente o el niño sintomático el asunto de que aquello que les ocurre tiene un contexto relacional, en el cual sus padres también requieren ayuda. Esta técnica es muy útil y potente emocionalmente, requiriendo de mayor investigación para especificar con mayor claridad sus posibilidades y limitaciones. Respecto a la dimensión simbólica, nuestra principal herramienta es la construcción de metáforas, estamos interesados en las individuales y relacionales, procuramos que la acción poderosa de la metáfora genere aperturas en el ámbito emocional, que luego pueda ser integrado desde lo cognitivo por el consultante, adulto o niño, en la relación terapéutica. Priorizamos la construcción de metáforas a través del diálogo, el juego terapéutico, a través de cuentos, arte-terapia y medios gráficos.

Adherimos al método de construcción de metáforas de Tilman-Ostyn (Erice, 2015) que permite a través de una forma estructurada y compleja, comprender los aspectos relacionales presentes en una díada madre-hijo, los elementos de dificultad que es posible ligar también a generaciones anteriores y los riesgos ligados a la posibilidad del cambio, que podrían hacer costoso evolucionar hacia un estado de mayor bienestar. El aprendizaje de dicha técnica requiere un proceso vivencial del terapeuta buscando sus propias metáforas relacionales, dado que de esta manera se logra interiorizar como un elemento sentido y comprendido racional y afectivamente, lo cual posibilita que su implementación sea delicada y con contacto respecto al poder que tienen en sí mismas, para las personas y las relaciones.

Valores del modelo

Los valores del modelo son un aspecto muy importante del mismo, pues proveen de principios comprensivos que delimitan y estimulan la práctica de aquello que entendemos como respeto a la dignidad de las personas en el contexto del trabajo terapéutico, cuestión que es una responsabilidad básica del terapeuta y de todo el sistema terapéutico. Asimismo, proporcionan una referencia ética que orienta la toma de decisiones, respecto a las acciones y dilemas éticos que nos vemos enfrentados los psicoterapeutas en nuestro trabajo clínico complejo.

Los valores del modelo clínico y preventivo identificados son:

1-. Respeto por los derechos humanos de los niños y adolescentes en el contexto terapéutico.

Los niños, adolescentes y adultos tienen derechos en psicoterapia, los cuales están asociados a sus derechos humanos: derecho a la confidencialidad, a ser informado, escuchado, reconocido como un otro válido en la relación, derecho a ser considerado como un niño particular (Martínez, J. 2005). Procuramos respetar estos derechos para los niños y adolescentes, así como con todos los miembros de la familia.

2-. Inclusión de los niños y adolescentes en terapia

La historia de la terapia familiar ha sido una progresión desde la exclusión a la inclusión de los niños a la terapia (Ruble, N. 1999). El modelo provee el valor de escuchar la voz de los niños, adolescentes y sus familias, respetando el modo analógico e intuitivo de su comunicación, en su dimensión superficial y profunda.

3-. Respeto por la visión de mundo de los consultantes en sus diferentes momentos evolutivos.

Todas las comunicaciones de los diferentes miembros de la familia son válidas en sí mismas y deben ser entendidas, de acuerdo al momento evolutivo de cada cual. El terapeuta respeta estas visiones de mundo, no obstante, puede cuestionarlas o confrontarlas en pro de la salud de sus miembros.

4-. La metáfora y el juego terapéutico como un valor en sí mismo

El juego y la metáfora tienen un valor terapéutico y autocurativo en sí mismo, el modelo estimula que el terapeuta logre permanecer en este diálogo analógico, sin destruir el juego o la metáfora a través de la confrontación violenta con la realidad, poniendo en riesgo la confianza del niño, adolescente y su familia.

5-. Respeto por la mente, respeto por el self, respeto por las relaciones, respeto por los sistemas humanos. El modelo es inclusivo al encontrar convergencia conceptual.

El niño, adolescente y su familia se desarrollan en conjunto, asimismo, todos sus miembros poseen un self en permanente movimiento relacional. El camino terapéutico debe ser flexible y apropiado a las necesidades particulares de las personas y las familias; es el modelo clínico el que se debe adaptar a las personas, no viceversa. La complementariedad y convergencia conceptual de diversas perspectivas clínicas, enriquece al modelo clínico y la terapia.

Viñetas clínicas

Con el fin de ilustrar el modo como se despliega el modelo clínico, describiremos dos viñetas clínicas, una de un caso de terapia individual contextual y otra de un caso de terapia vincular contextual.

Terapia Individual contextual

Derivación: Patricia, una mujer de 48 años, exitosa profesional de la contabilidad, es derivada por un terapeuta sistémico vincular porque a pesar de estar trabajando el vínculo entre el hijo, Tomás, de 9 años y Patricia, su madre, no se lograban avances. *Queja:* Patricia no podía contener las angustias del niño, parecía como si se fuera angustiando, enojando y confundiendo, junto con las pataletas que su hijo realizaba en la misma sala de terapia. Patricia sufría, se sentía incompetente y “mala madre”, el hijo sufría se sentía ansioso, culpaba a la madre durante los episodios de rabietas y luego se sentía culpable y arrepentido. *Motivo de consulta:* Durante el proceso de evaluación pudo constatar que ella había crecido con una gran soledad afectiva y que le costaba poder confiar en que la terapeuta podría ayudarla, no lograba imaginar como se desarrollaría el proceso desde la perspectiva afectiva, requiriendo mucha información del mismo, formulando un sin número de preguntas acerca de qué es una terapia y cómo funciona. Lo que se construyó en el diálogo terapéutico como motivo de consulta apuntó a su soledad infantil, la dificultad que ella había tenido para acceder a la empatía y contención de su madre y su padre, especialmente de su madre, quien fue una mujer muy eficiente con ella, en términos de cuidados básicos (comida, educación, orden) pero que no le otorgaba una posibilidad emotiva empática y de reconocimiento. La terapeuta diagnosticó un proceso de traumatización relacional ocurrida durante su infancia. Al entender Patricia lo que era un proceso traumático pudo comprender algunas dudas que mantenía en silencio acerca de sí misma, entre ellas la actual dificultad de reconocer sus propias emociones. *Indicación:* terapia individual contextual. *Encuadre externo:* sesiones semanales, en contexto de consulta privada acordando honorarios y ausencias. El tiempo de terapia no se acordó, debido a que era importante respetar su ritmo sin forzar sus posibilidades vinculatorias, en cambio se acordó evaluar la terapia cada ocho sesiones. *Encuadre interno:* la terapeuta se planteó una postura interna de saber esperar y no forzar el diálogo, lo cual es coherente con el trabajo de cura del trauma. Pensó que debía existir libertad en la terapia para que ella pudiera hablar o se negara a hacerlo respecto a contenidos específicos. La terapeuta también planteó realizar una revisión permanente con Patricia, del delicado vínculo que ella desplegaba en la relación terapéutica. *Objetivo de la terapia:* la terapia tuvo el objetivo de comprender y estimular un cambio en la relación de apego con su hijo relacionándolo con su historia personal y vincular en su familia de origen. También se planteó el ayudarla a mejorar su función reflexiva y estimular la mentalización del hijo y avanzar en la seguridad de la relación de apego madre – hijo, para ayudar al hijo a regular sus emociones. *Vínculo terapéutico:* el vínculo que mostraba con la terapeuta era evitativo, llegaba a la sesión, se sentaba y ponía un cojín en sus piernas, como protegiéndose. El diálogo acerca de este tipo de vínculo fue una potente herramienta de trabajo terapéutico, pues pudo a través de esta reflexión comprender elementos de su propia historia de apego. Cuando la terapeuta deslizó la idea de que evaluaran la posibilidad de citar a su familia de origen, ella la rechazó de

plano, se imaginaba que si ellos vinieran a la terapia “me embargaría la emoción no podría tolerarlo... la sala se inundaría de lágrimas”. *Desarrollo:* la terapia transcurrió con mucho diálogo acerca de su temor a confiar en la terapeuta no habiendo en la relación terapéutica motivo para ello. Poco a poco, pudo relatar algunos episodios de su propia infancia que se habían transformado en un secreto transgeneracional, del cual nunca había hablado, y en que lo común de estos secretos eran la violencia de otros adultos, violencia que ocurría fuera del hogar, pero del cual no hablaba en casa, cuando los relató se generó en sí misma una conmoción interior, que fue implícita y que luego de algunas sesiones, explicitó. Esta posibilidad expresiva y elaborativa le ayudó a entender e imaginar como podría contener a su hijo y la importancia fundamental que tiene dicho proceso para el desarrollo de un niño. La terapia ofreció un espacio de mentalización para ella, para que pudiera regular sus propias emociones, luego de lo cual estaba en mejores condiciones de mentalizar su hijo y ayudarlo a que regulara sus emociones. El niño fue poco a poco mejorando en sus propias dificultades de integración social, fue confiando más en su madre, reconociendo las dificultades que ella tenía. *Alta:* Patricia y la terapeuta reconocieron luego de dos años de trabajo, que ya no era necesaria la terapia. Patricia había podido emerger de su trauma, había recuperado la alegría y el sentido de vivir, asimismo se sentía competente con su hijo, al cual podía comprender afectivamente, empatizando y gestionando la calma y el límite.

Terapia vincular contextual

Derivación: Pedro, de 13 años de edad, es derivado por el colegio al que asiste pues pese a intervenciones realizadas en años anteriores persisten dificultades en la relación con pares. *Queja:* preocupa que Pedro tienda a aislarse y a relacionarse en los recreos casi exclusivamente con su hermano menor (10 años), que asiste al mismo colegio. Presenta además, conductas que parecen poco atinentes a las situaciones escolares, y mucha irresponsabilidad en cuestiones académicas, siendo muy dependiente del apoyo de los padres. Los padres se sienten agobiados porque luego de dos procesos terapéuticos individuales focalizados en el desarrollo de habilidades sociales que, si bien pudieron entregar ciertas herramientas al niño, no perciben un cambio significativo. *Motivo de consulta:* luego del proceso de evaluación diagnóstica, estas conductas pueden comprenderse desde el establecimiento de un tipo de apego inseguro ambivalente con su madre, Alicia de 45 años de edad, quien había presentado, primero frente al nacimiento de Pedro y luego en dos ocasiones, cuadros depresivos, no tratados. La historia personal de Alicia, la dificultad para conservar tres embarazos previos y su posterior decisión de no ser madre, la situaron en un contexto de mucha angustia y temor frente a la noticia del embarazo de Pedro. Sentía inseguridad respecto a su capacidad de ser una buena madre y quería cumplir sus propias expectativas y la de los demás. Seguramente por ello, tendía a “desconectarse” de lo emocional y enfatizar el manejo racional de las situaciones y de sus vínculos. En tanto, Pedro hacía intentos conductuales de tener mayor cercanía con su madre. A partir del reconocimiento de estos aspectos se constituyó como motivo de consulta co – construido, la necesidad ambos de ser vistos y reconocidos por el otro desde lo emocional. *Indicación:* terapia vincular contextual. *Encuadre externo:* en contexto de consulta privada, se definieron sesiones semanales, se acordaron honorarios y ausencias. Se planteó en principio un trabajo por 12 sesiones, luego de lo cual se realizaría una

evaluación del proceso, para definir o no su continuidad. *Encuadre interno*: La actitud de la terapeuta permitía transmitir un contexto de respeto por los ritmos de cada uno y una mediación cuidadosa y contenedora de las emociones que fueron emergiendo en la relación madre – hijo. *Objetivo de la terapia*: la terapia se orientó a estimular un contacto emocional entre madre e hijo, que permitiera el que cada uno se sintiera reconocido y aceptado por el otro, favoreciendo un vínculo más seguro y confiable. *Vínculo terapéutico*: Se estableció un vínculo seguro y de confianza, ya que dada la fragilidad, el sufrimiento y los sentimientos de culpabilidad que manifestaba la madre, y lo ambivalente que se mostraba el niño con la madre en sesión, se opta por un trabajo simbólico, que facilitó un encuentro emocional cuidadoso y sutil que fue la base para abordar temáticas conflictivas para ambos. Este contexto poco amenazante, les permitió el reconocimiento de un modo desconocido hasta ese momento de mostrarse y relacionarse con sus fortalezas, debilidades y necesidades afectivas. *Desarrollo*: en el proceso terapéutico, fue central el trabajo simbólico a través de la construcción de una metáforas relacional, la que permitió de modo contenido y cuidadoso lograr una comprensión, para el sistema terapéutico, de los dinamismos presentes en la relación diádica (madre – hijo), abriendo contenidos implícitos y permitiendo una movilización de ambos hacia una nueva forma de vincularse, más gratificante y comprensiva de las posibilidades de cada uno. Pedro ya no necesitó desplegar estrategias (como conductas “poco atingentes” a los contextos o muy dependientes), para llamar la atención de la madre. Y a la vez la madre fue capaz de establecer normas y límites a su hijo de manera afectuosa, segura y por tanto consistente y coherente, como también mostrar sus necesidades y limitaciones, logrando con ello mayor cercanía afectiva con su hijo. Esta nueva definición de la relación, facilitó que Pedro comenzara a vincularse de otra forma con sus pares a nivel escolar, y fuera logrando cada vez mayor autonomía. *Alta*: luego de seis meses de trabajo y de común acuerdo entre Pedro, Alicia y terapeuta, se define el alta, al considerar alcanzados los objetivos definidos para esta terapia. Madre e hijo establecen una relación más segura, cercana y gratificante, Pedro tiene cambios y logros importantes en su relación con pares, alcanzando ese año el reconocimiento de sus avances a nivel escolar con una distinción dada en una ceremonia de fin de año en su colegio. Además la madre, reconoce el espacio terapéutico como un buen recurso para abordar temáticas personales en un trabajo individual cuando así lo estime pertinente.

Reflexiones finales

Nos ha inspirado al escribir este artículo poder realizar un aporte útil para los terapeutas y diversos operadores psicosociales que desempeñan funciones psicoterapéuticas. Agradecemos a todos los terapeutas que se han formado con nosotros a través del “Postítulo en Psicoterapia Sistémica Vincular Centrada en la Niña, el Niño, el Adolescente y su Familia”, pues nos han ayudado a desarrollar y clarificar nuestras ideas a través de fructíferos diálogos acerca de la psicoterapia que practicamos y sus fundamentos. Agradecemos también a nuestros maestros que nos han brindado una significativa experiencia vivencial y han compartido sus fundamentos teóricos. Finalmente el trabajo de formulación de este modelo clínico es un camino de desarrollo hacia nuestra propia salud institucional, recibimos tanto o más de lo que entregamos.

Pensamos que este modelo clínico y preventivo dialoga muy bien con el enfoque de derechos del niño y la niña, dado que es un modelo que se focaliza en la infancia, incorpora el respeto por los derechos de los niños en psicoterapia, considera una perspectiva acerca de los contextos significativos para el desarrollo de los niños y adolescentes, en especial del contexto vincular y familiar. Asimismo es un modelo que se aplica con flexibilidad en la intervención y que permite el trabajo terapéutico con los padres y cuidadores, así como con los niños y adolescentes.

Creemos que la psicoterapia debiera orientarse hacia la integración de aspectos fundamentales presentes en la realidad clínica. Seguramente desde la exclusiva formulación teórica ello será complejo, pero no es así desde la práctica misma. La posibilidad de sostener una postura dialogante entre terapeutas de diferentes modelos teóricos, puede generar interesantes frutos ligados al fin último que nos convoca: la salud del ser humano y de sus sistemas ecológicos.

Proyectamos que debemos orientarnos a desarrollar el aspecto metodológico del trabajo preventivo del modelo, especialmente en el continuo embarazo, parto y crianza temprana, dado que es un momento evolutivo de singular importancia para el presente y futuro de los niños, así como para el trabajo con los padres y madres. Otro aspecto a desarrollar se relaciona con la vertiente psicosocial del modelo, para incluir dimensiones sociales significativas como la pobreza y marginación social, que son aspectos fundamentales de nuestra realidad socio-cultural chilena y latinoamericana.

Cualquier desarrollo futuro de éste y otros modelos, debe considerar a la persona del terapeuta o del operador psicosocial, dado que muchos buenos programas o modelos se tornan ineficientes o carentes en su ejecución, debido a la no consideración en su formulación del elemento personal que se pone en juego al implementar un trabajo terapéutico. Desde este modelo clínico es esencial que el terapeuta tenga la posibilidad de reconocer cuál es el modo vincular que vivenció con sus figuras parentales, con su fratría, con la familia de origen. Nos interesa que los terapeutas revisen sus propias relaciones de apego, dado que es en esta relación original donde se comienza a escribir el modo como comprenderán y se vincularán con sus consultantes, aspecto esencial para la efectividad en psicoterapia (Wampold, 2015). Para ello, el trabajo con el genograma y la participación de la familia de origen durante la formación que impartimos, son aspectos complementarios y necesarios para iluminar al terapeuta: su historia, su modo vincular, su elección vocacional, sus fragilidades y recursos.

Evidentemente, como se ha dicho, el modelo clínico requiere de una construcción permanente, lo cual nos permite, a su vez, estar en un camino de desarrollo que no culmina. Esperamos que sea de real utilidad para todos aquellos que quieran tener buenas y nuevas ideas para su propia perspectiva clínica o se sientan identificados con esta forma de entender el trabajo terapéutico con niños, adolescentes y sus familias.

Bibliografía

- Ainsworth, M. y cols (1978) *Patterns of Attachment: a psychological Study of Strange Situation*. Hillsdale (N.J.), Erbaum.
- Bowlby, J. (1951) *Maternal Care and Mental Health*. Organización Mundial de la Salud.

- Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss* vol. 1: Attachment. New York. Basic Books.
- Bowlby, J. (1973) *Attachment and Loss* vol. 2: Separation and Anger. New York. Basic Books.
- Bowlby, J. (1986) Comunicación para el 139 congreso de la Asociación psiquiátrica estadounidense, Washington, 10-16 de mayo de 1986. En Cyrulnik, B. (2005). *El amor que nos cura*. Editorial Gedisa, Barcelona.
- Barudy, J. & Dantagnan, M (2010) *Los desafíos invisibles de ser madre o padre*. Manual de evaluación de las competencias y resiliencia parental.. Editorial Gedisa. Barcelona.
- Bowen, M. (1991) *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Editorial Paidós. Buenos Aires..
- Canevaro, A. (2003) *La interacción entre el Self personal y el Self profesional del terapeuta de Familia*. Revista Mosaico. Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar. N.26.
- Canevaro A. y Ackermans, A. (2013) *La nascita di un terapeuta sistemico. Il lavoro diretto con le famiglie d'origine dei terapeuti in formazione*. Edizioni Borla. Roma.
- Canevaro, A. (2010.) *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos. Cuando vuelan los cormoranes*. Edizione Borla.
- Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino A. M. (2011), *Il genograma. Percorso di autoconoscenza, integrato nella formazione di base dello psicoterapeuta, Terapia familiare*, n. 97, 2011. Traducido al Castellano por el Instituto Humaniza Santiago, publicado en la web: <http://www.humanizasantiago.cl/biblioteca-virtual/attachment/articulo-cirillo-web/>
- Cirillo, S. (2012) *Malos Padres. Modelos de intervención para recuperar la capacidad de ser madre y padre*. Editorial Gedisa. Barcelona.
- Cyrulnik, B. (2005). *El amor que nos cura*. Editorial Gedisa, Barcelona.
- De Paula, B. (2016) Documento de trabajo y clase no publicada *Contribuciones reichianas a la psicoterapia*.
- Elkaim, M. (1989) *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*. Editions du Seuil. Bruselas.
- Erice, S. (2015) La utilización de las metáforas en la formación de terapeutas siguiendo el modelo creado por Edith Tilmans-Ostyn. *Revista Redes*. N° 32. 95-104.
- Fonagy, P., y Target, M. (1998). Mentalization and changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 87-114.
- Fonagy, P. (1999) Trabajo presentado en el "Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo", reunión de la Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC,. En línea:<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=86&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>
- Framo, J. (1992) L. *Family-of-origin Therapy: An Intergenerational Approach*. Brunner - Routledge.
- Friedlander, M & cols. (2009) *La alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*. Ediciones Paidós. Barcelona.
- Gibney, P. (1998) To embrace paradox (once more, with feeling): A comentary on narrative/conversational theraphies and the therapeuticrelationship., en Friedlander, M & cols. (2009) *La alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*. Ediciones Paidós. Barcelona.
- Kimelman M (2013) Psicopatología del bebé. En: Almonte y Montt ed. *Psicopatología infantil y de la adolescencia*, Santiago: Editorial Mediterráneo, p. 16-28.

- Main y Salomon (1990) Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Martínez J. (2012) Historia de los patrones de apego en madres adolescentes y su relación con el riesgo en la calidad del apego con sus hijos recién nacidos. En *Investigaciones en Psicología Clínica Infante Juvenil. Segundo Compendio de Tesis Magíster en Psicología Mención Psicología Clínica Infante Juvenil*. Capella y Nuñez compiladoras. En línea: http://www.facso.uchile.cl/psicologia/publicaciones/libros/libros_pdf/varios_investigaciones_psicologia_clinica_ij_segundo_compendio.pdf
- Martínez J. (2005). Centro Metáfora. Clase *Los derechos del niño y la niña en psicoterapia*, Santiago de Chile.
- Montagu, A. (2004) *El tacto. La importancia de la piel en las relaciones humanas*. Editorial PAIDÓS.
- Morales, G. (2012). PUC. Clase de “*Psicoterapia con adolescentes y jóvenes*”.
- Orlinsky, D. E. (2007). *¿Qué me gustaría leer durante los próximos 10 años de investigación en psicoterapia?* Conferencia dictada en el VII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia y I Congreso Uruguayo de Psicoterapia, Federación Uruguay de Psicoterapia, Montevideo (Uruguay). En línea : http://c.ymcdn.com/sites/www.psychotherapyresearch.org/resource/resmgr/imported/la/pdf/abstract_orlinsky.pdf
- Orellana, F., Cortes, J. y Rodríguez, M. (2013) *Instituto Humaniza Santiago*. Sistematización de la práctica preventiva con grupos de mujeres embarazadas y sus parejas, y grupos de familias con hijos en la primera infancia (1-3 años) en el Centro Hazi-Hezi, País Vasco, España. En línea: <http://www.humanizasantiago.cl/wp-content/uploads/2013/05/Artículo-Sistematización-Hazi-Hezi.pdf>
- Orellana, F. Martín, A. Marín, A., Ibáñez, F. Penna, V. & Rodríguez, M. (2015) La persona del terapeuta y su origen. La inclusión de las familias de origen y su impacto en el desarrollo del self profesional de los terapeutas del Instituto Humaniza Santiago. *Revista Clínica y Psicosocial: Vincularte*. Año I, N° 1, (19-54). <http://www.humanizasantiago.cl/wp-content/uploads/2015/12/La-persona-del-terapeuta-y-su-origen.-Humaniza-Santiago.Dic2015.pdf>
- Reich W. (1993). *Análisis del carácter*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Ruble, N. (1999) . The voices of therapists and Children Regarding the inclusion of children in family therapy: a systematic research synthesis. En *Contemporary Family Therapy*, 21(4). Human Sciences Press, Inc.
- Santelices, M. P., Zapata, J., Fischerswöring, M., Pérez, F., Mata, C., Barco, B., Olhaberry, M., Farkas, Ch. (2016) Intervenciones basadas en la mentalización para padres y educadores: una revisión sistemática . *Rev. Terapia Psicológica*, Vol 34, N° 1, 71-80.
- Sassenfeld, A. (2012). Consideraciones sobre el apego, los afectos y la regulación afectiva. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (3): 548-569. En línea: http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V6N3_2012/11_Sassenfeld_Consideraciones sobre el apego-los-afectos-y-la-regulacion-afectiva_CeIR_V6N3.pdf
- Selvini, M (2015) El reconocimiento del trauma como la primera fase de la resiliencia y la cura: sus consecuencias en el proceso de atención psicoterapéutica de personas adultas. *Revista Clínica y Psicosocial: Vincularte*, año I, N° 1, (19-54). En línea

- <http://www.humanizasantiago.cl/wp-content/uploads/2015/12/VINCULARTE.N1IISemestre2015.EdicionAniversario..pdf>
- Selvini, M., Cirillo, S., Sorrentino, A. M. (1999) *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Ed. Paidós Terapia Familiar.
- Serrano, X. (2004). *Escuela Española de Terapia Reichiana*. Los trastornos de personalidad desde la psicoterapia caracteroanalítica. Recuperado desde http://www.esternet.org/xavierserrano/trastornos_personalidad
- Serrano, X. (2005). *Escuela Española de Terapia Reichiana*. Acercándonos al "Diván Reichiano. Recuperado desde www.esternet.org/xavierserrano/divan_reichiano.htm
- Schore, A. (2012) *The Science of the Art of Psychotherapy*. W.W. Norton & Company. New York and London.
- Schore, A. (2000) Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2, 23-47
- Shandley M. (2003) *Critical Incidents for experienced family Therapist*, Contemporary Family Therapy, 12. (Human Sciences Press) 1990, en Canevaro, A. La interacción entre el Self personal y el Self profesional del terapeuta de Familia. Revista Mosaico, Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar. N.26-Segundo cuatrimestre.
- Tilmans-Ostyn E. & Meynckens-Fourez M. (1999). *Les ressources de la fratrie*, Erès, Toulouse.
- Tilmans-Ostyn, E. (2013) Instituto Humaniza Santiago y Centro CEFORES (Centro de Investigación y Formación en Terapia Familiar y Enfoque Sistémico) de la Universidad Católica de Lovaina. *Post-formación en terapia sistémica*. No publicada.
- Tilmans-Ostyn E. (2004) Le Petit Prince a Dit... Et les Anciens l'ont Entendu. *Thérapie familiale*, Genève, 2004, Vol. 25, No 4, pp. 417-432
- Tilmans-Ostyn E. (1995) : La thérapie familiale face à la transmission intergénérationnelle des traumatismes, *Thérapie Familiale*, 16, 2, 163-183.
- Wampold, B. (2015) ¿Cuán importantes son los factores comunes en psicoterapia? Una actualización. *World Psychiatry* 14:270-277. En línea: http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/World_Psychiatry_Spanish_Oct_2015.pdf