

Family Intervention in the Childhood Fears and Phobias

Juan Miguel de Pablo Urban^a

^aCodirector de COOPERACION, Instituto de Formación Sistémica, en Cádiz (España). Director de la revista *SYSTEMICA*.

Historia editorial

Recibido: 01-11-2018

Primera revisión: 23-11-2018

Aceptado: 28-11-2018

Palabras clave

psicoterapia infantil, enfoque sistémico, trastornos infantiles, fobias infantiles

Resumen

En este artículo se analizan las aportaciones que la terapia familiar y los abordajes sistémicos han realizado sobre la intervención en los casos donde se presentan trastornos infantiles, tanto desde los modelos clásicos como desde los enfoques narrativos. Por último, se propone un protocolo de intervención para los casos de miedos y fobias infantiles, basado en técnicas narrativas, y se muestra un caso clínico donde se aplica y ejemplifica su implementación.

Abstract

In this article the contributions of family therapy and systemic approaches are analyzed both from classical models and from narrative approaches. Finally an intervention protocol, based in narrative techniques, is proposed for cases of childhood fear and phobias. Also a clinical case where this protocol was applied is shown to illustrate its implementation.

Keywords

child psychotherapy, systemic approach, childhood disorders, childhood phobias

En un trabajo anterior (De Pablo, 2018b) me propuse analizar las aportaciones desde diferentes enfoques psicoterapéuticos (psicoanalítico, teorías del apego, humanistas y sistémicos) con las que construir una base común para la intervención en psicoterapia infantil desde una perspectiva integradora. Para ello, se requiere enfatizar la importancia de adaptar las técnicas y los formatos de trabajo a las características de las personas usuarias, es decir, de los niños y niñas designados como pacientes. De este análisis se derivaban una serie de conclusiones que sustentarían la intervención psicoterapéutica infantil, y que pueden resumirse en:

- a) La importancia de lo analógico y lo simbólico como fórmula prevalente de comunicación en el niño versus el uso de lo verbal y lo digital en la psicoterapia.
- b) La necesidad de entender el juego y la actividad lúdica como medio de expresión preferente.
- c) Adaptación de la visión de lo psicopatológico a la infancia y a sus características.
- d) Adaptación del encuadre de la psicoterapia para atender los trastornos infantiles. (De Pablo, 2018b)

Se proponía la asunción de estos ejes como aspectos medulares que deben estar presentes en cualquier planteamiento psicoterapéutico dirigido a situaciones donde se consulta por trastornos infantiles.

2. PSICOTERAPIA INFANTIL DESDE UN ENFOQUE SISTÉMICO

Centrándonos específicamente en las aportaciones del modelo sistémico a la psicoterapia de los trastornos infantiles, se nos presenta una situación paradójica. De una parte, se valora el enfoque familiar sistémico como modelo preferente para la atención clínica y terapéutica en situaciones en las que los niños y niñas presentan sintomatología de todo tipo. En esta misma dirección, se pueden destacar las opiniones de otros autores desaconsejando, por ejemplo, la psicoterapia individual en el caso de “niños/as y/o adolescentes en general, ya que el nivel de desvinculación es insuficiente y se prevé la obtención de mejores resultados en un formato de atención familiar” (De Pablo, 2018^a, p. 40).

Por otra parte, existen algunas críticas hacia el modelo sistémico en lo que a la atención de los problemas infantiles se refiere, concretamente centradas en:

- Adultocentrismo. En la medida que la terapia familiar sistémica ha potenciado el elemento conversacional y digital en la psicoterapia con niños (Castillo-et al., 2017), se ha obviado la importancia del juego y del lenguaje analógico y metafórico, así como el uso de encuadres lúdicos. En este caso podemos exceptuar a algunos terapeutas familiares que sí han destacado por defender y trabajar con esta visión integrada de lo lúdico. Este es el caso de Maurizio Andolfi cuando, en su libro *Detrás de la máscara familiar*, insiste en la importancia de entender al niño -al paciente designado- como la puerta de entrada al sistema familiar (Andolfi, Angelo, Menghi y Nicoló-Corigliano, 1982).
- Minimización de los efectos de los conflictos familiares en el niño como individuo, desde una perspectiva intrapsíquica y, por ende, en el proceso de atención psicoterapéutica. Las críticas se articulan en torno a la idea de que “los terapeutas familiares simplifican en exceso y pasan por alto la vida intrapsíquica del niño” (Wachtel, 1994, p. 23). En este bloque se incluyen las críticas al hecho, bastante frecuente, de sacar a los niños del proceso terapéutico demasiado pronto, quedándose con los padres a solas. Otra crítica hace referencia a la tendencia excesiva por parte de los terapeutas familiares de responsabilizar, como origen primordial de las dificultades infantiles, al conflicto conyugal.
- Exigua valoración de los efectos de las conductas del niño en la interacción familiar. En opinión de Wachtel (1994) es necesario contrarrestar y equilibrar la tendencia a realzar la

influencia de los adultos en los niños sin que se consideren las circularidades que se producen en todos los sistemas. La conducta aparece dentro de un contexto relacional donde todos y cada uno de los miembros participan en el proceso. Esto nos llevaría a incorporar visiones sobre cómo la conducta del niño influye y afecta al resto de miembros de la familia. La autora incide en que es necesario valorar la importancia de los efectos de las conductas del niño en la interacción familiar.

Situándose ahora en las aportaciones más relevantes del enfoque sistémico y de la terapia familiar se pueden destacar, entre otras, las siguientes:

a) Poner énfasis en la importancia de las fases del desarrollo del ciclo vital de la familia y de sus miembros, eludiendo la focalización en el niño que presenta dificultades y evitando, con ello, maximizar la designación del rol de paciente (Schaefer, 2011).

b) Atender a las secuencias y pautas de interacción y comunicación del sistema familiar como contexto en el que se puede generar o sostener una conducta sintomática.

c) Valorar la estructura que la familia presenta, atendiendo a las modalidades de gestión del poder y de la jerarquía por parte de los progenitores, a la claridad y permeabilidad de los límites y fronteras intergeneracionales, a las alianzas o coaliciones entre sus miembros; todos conceptos presentes en las aportaciones del enfoque estructural (Minuchin, 1977).

d) Reseñar la importancia conceptual y pragmática de las coaliciones y de los triángulos (y de la triangulación) en la sintomatología, como elementos a analizar y sobre los que poder intervenir para una mejora del paciente y de la familia. Sobre este punto son múltiples y subrayables las aportaciones de:

- Jay Haley (1977) y el concepto de *Triángulo Perverso*, en el que se destaca la importancia de las coaliciones intergeneracionales y sus efectos patológicos.
- Murray Bowen (1978a) y su insistencia en los procesos de *destriangulación* como herramienta imprescindible en el proceso terapéutico.
- Salvador Minuchin (1978) con su descripción de los diferentes tipos de triángulos que denominó *Triadas Rígidas* (triangulación, coalición progenitor-hijo, triada desviadora-atacadora y triada desviadora-asistidora).
- Helm Stierlin (1979) con los conceptos de *Delegación, Retención y Expulsión* como modos de explotación paterno filial y su carácter patógeno.
- Ivan Boszormengi-Nagy (1983) con el concepto de *Parentalización*, describiendo la adjudicación de un rol parental al hijo, forzándole a hacerse cargo del cuidado de los propios padres.

e) Valorar la importancia del rol que se asigna y ocupan los hijos, de ahí la utilización de conceptos como *chivo emisario* o la aparición de términos como los de *sacrificio parcial* o *sacrificio total* que formuló Ackerman (1966). El de *hijo abnegado* que se sacrifica asumiendo tareas y papeles que no le corresponden por lealtad a los padres, descrito por Ellen Wachtel (1994), o las configuraciones relacionales que Andolfi (2000) denomina *hijo crónico* o *corte emocional*. Podemos incluir también aquí el término de *hijo preservativo* que sitúa al menor en el papel de impedir u obstaculizar la relación íntima (sexual o afectiva) de la pareja parental cumpliendo el cometido que le asigna uno o ambos padres.

Todos estos términos están vinculados a los conceptos de lealtad familiar (Boszormenyi-Nagy, 1973) y de *designación* de rol o de asignación de funciones que los progenitores imponen a sus hijos para la gestión y sostenimiento del sistema familiar, tanto emocional como funcionalmente.

f) Por último, destacar las ideas provenientes de los abordajes psicoanalíticos, también presentes en los enfoques transgeneracionales de la terapia familiar, sobre el niño como *barómetro* o indicador de las emociones presentes en el sistema familiar. Otros planteamientos de interés que son consonantes con esta visión son las referencias al mundo interpersonal del infante entendido como un fenómeno de intercambio intersubjetivo entre el niño y la madre (“*entona-*

miento de los afectos”), producto de un proceso de compartir estados afectivos (Stern, 1985). En este mismo orden, acostumbro a mencionar, aunque desde una visión más particular, las aportaciones de la *teoría del vínculo* de Pichón-Rivière (1985), concretamente en su teoría de las *tres D* (depositante, depositado y depositario) y su concepción del paciente designado como un emergente que se expresa como voz emocional del sistema en su totalidad.

PACIENTE DESIGNADO Y CAMPO EMOCIONAL FAMILIAR

Este último elemento, centrado en entender la conducta del niño o de la niña como un indicador del estado emocional de la familia, como barómetro emocional del sistema familiar, me interesa especialmente. Las conductas del paciente designado durante el transcurso de las sesiones pueden ser comprendidas y valoradas como emergentes de los afectos que están activos en el sistema familiar, justo en el preciso momento que ocurren. Sirva como ejemplo cuando, en algunas sesiones de terapia, determinadas conductas llamativas y aparentemente espontáneas de los niños pueden avisarnos e informarnos de que se puede estar tocando algún contenido o ámbito especialmente delicado para la familia o para alguno de sus miembros (Lengua Sánchez, 2001).

Esta forma de acercarse a lo emocional se nutre de la certeza de entender a la familia como una unidad bio-socio-emocional (Ackerman, 1937), donde sus componentes comparten, en especial, estados afectivos o emocionales. No en vano se señala la influencia de los padres y de los modos de interacción familiar en lo que ocurre en los niños presentados como pacientes designados. Esta influencia no es un mero aprendizaje cognitivo sino que es fruto de un contagio emocional que, en ocasiones, podrá ir acompañado de palabras y ser relatado, por tanto fácilmente integrado. En otras ocasiones, su existencia estará velada, no nombrada, aunque se haya constatado y experimentado en lo emocional y afectivo. Hablamos de emociones que perviven, en gran medida, en lo inconsciente.

Este posible campo emocional compartido puede entenderse desde una metáfora energética, por ejemplo, el concepto de la teoría de campo psicológico de Kurt Lewin (1936), campo de fuerzas donde cada hecho y cada sujeto interrelaciona dinámicamente con los demás tanto para influir como para ser influido. Se puede sostener sobre la idea de que la emocionalidad del sistema, presente de forma implícita o inconsciente, regula las relaciones. Semejante a lo que Bowen (1978a y 1978b) denomina sistema emocional de la familia -*órgano natural, relacional y emocional*-. En muchas ocasiones la percepción de un niño o una niña en torno a un acontecimiento familiar se ve comprometida entre dos aspectos simultáneos: el primero, la presencia de una certeza emocional ante algún hecho o circunstancia (por ejemplo, la tristeza existente ante un fallecimiento o una enfermedad grave) y, el segundo, la ignorancia sobre el mismo hecho que está provocando esa emoción cuando no la voluntaria desinformación sobre este (aún más patógena y difícil).

Los niños y niñas suelen funcionar como hijos atentos y observadores de los estados emocionales de sus padres. Aunque no se verbalicen esos estados o incluso puedan ser negados obtusamente por lo adultos. La presencia de un niño en el espacio emocional familiar va a ofrecer información sobre lo que está aconteciendo en el sistema. Por ejemplo, si la tristeza es la emoción primordial, el niño va a sentir y a mostrarse triste, aunque no pueda, en algunos casos, vincular esa emoción a ningún hecho concreto. Si lo que está presente es la ansiedad y la inquietud, el niño puede aparecer sobreactivado y nervioso, y así sucesivamente.

No se habla a menudo en la bibliografía de este contagio emocional. Podemos encontrar referencias interesantes en terapeutas transgeneracionales (por ejemplo, Andolfi) pero difícilmente se encontrarán estas referencias en terapeutas comunicacionistas, construccionistas o estratégicos.

LA TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL

Otro de los elementos a reseñar es el que hace referencia a lo que se ha dado en denominar transmisión transgeneracional a lo que podríamos añadir los procesos de proyección familiar (Bowen, 1978a) y, por ende, los mecanismos defensivos identificados como identificación proyectiva y proyección por parte de los padres. Una de las razones del porqué en el contexto de la familia es

donde mejor se pueden entender los síntomas que presentan los niños tiene que ver con este proceso en el que, a través de los padres, se observan aspectos de la historia familiar de origen de ambos, proyectados y reencarnados por los hijos. Como señalarían Edith Tilmans-Ostyn (1981), los padres participan en toda su dimensión psíquica con sus “maletas”; o Richter (1972) cuando afirma que “los padres podrían reactualizar en la relación con sus hijos, sus propios conflictos no resueltos, sea con ellos mismos o con sus propios padres” (en Lengua Sánchez, 2001). Estas ideas están presentes en muchos textos de la terapia familiar y del enfoque sistémico desde la perspectiva transgeneracional, en síntesis, barajar la posibilidad de entender al paciente designado, al niño o la niña, como aquel miembro del sistema en el que se proyectan o depositan ciertos “fantasmas” familiares en torno a los que la familia se petrifica o congela.

Estas últimas consideraciones centradas en la reactualización de los conflictos de los padres a través de sus hijos, actuando como elementos de distorsión, o la concepción del niño como posible depositario de los “fantasmas” familiares, son conceptos heredados de los enfoques psicodinámicos.

Desde el abordaje psicoanalítico de los trastornos infantiles se incorporaron, en su momento, conceptos valiosos que se han mantenido presentes en la visión transgeneracional de la terapia familiar. En resumen, los hijos pueden sufrir y presentar síntomas al acabar convertidos en receptáculo de las proyecciones masivas de los padres, el niño puede encarnar a los “espectros” del pasado familiar reactualizando su presencia ante los progenitores, con lo que la terapia debe procurar que los pacientes puedan desprenderse de estos lastres, de la inscripción de estas pesadas mochilas nacida en la mirada de los adultos y cuyo germen se encuentra en situaciones delicadas vividas en las familias de origen de cada miembro de la pareja parental. A mi parecer es especialmente relevante, para estas aportaciones, la perspectiva que adopta la teoría del vínculo formulada por Enrique Pichón-Rivière (1985). El autor destacaría al niño como el emergente de lo depositado por los diferentes miembros de la familia, por el sistema familiar. La voz emocional para expresar los conflictos y sufrimientos familiares.

PROPUESTA INTEGRADA

En un artículo anterior y complementario al presente texto (De Pablo, 2018b) se realiza, a modo de resumen, una propuesta para la intervención en familias con niños que presentan trastornos y que procura englobar y recoger aportaciones de otros enfoques teóricos de la psicoterapia infantil. Se propugna analizar qué elementos han de ser cuestionados o revisados y cuáles deben mantenerse, de un modo transversal, en el diseño de las intervenciones psicoterapéuticas con familias donde se aparecen trastornos infantiles.

Por ello es necesario insistir en la importancia de que, en el consultorio, estén presentes todos los componentes posibles de la unidad familiar ya que no siempre se ha procurado la integración de los menores en los procesos terapéuticos con familias. Subrayar además que la integración, a la que se hace referencia, consiste en tener presente las características del colectivo a quien va dirigido: los niños y niñas, tanto en el diseño como en la intervención durante todo el proceso. No sólo hablamos de la presencia física durante las sesiones, sino que los menores hayan sido incluidos en el propio diseño de la actividad terapéutica. Digamos que debe transversalizarse la presencia del niño como una constante en todo el proceso de intervención y que se podría traducir en:

- Qué tipo de propuesta de trabajo se realiza a la familia. Entendiendo que esta debe ser inclusiva, contando con la participación de los menores y que incorpore, en todos los casos, elementos analógicos y metafóricos a través de los cuales se pueda facilitar la presencia activa y el interés del niño.
- Cómo vamos a materializar en la consulta esa propuesta. Proponiéndose generar un marco lúdico. El formato debe concretarse a través de juegos en los que podrá participar toda la familia y donde el niño o la niña tendrán la oportunidad de ser agentes en el proceso de cambio.

- Qué instrumentos vamos a emplear. A través de qué herramientas se va a facilitar la participación de los niños: realización de dibujos, teatro de marionetas, elaboración de cuentos, etc.
- Qué contenidos y estructura caracterizará a los relatos e historias que vamos a potenciar. Es decir, qué elementos son los más idóneos para conseguir una mayor identificación y participación de los niños con el proceso terapéutico y posibilitar una más adecuada atribución de logro y una mayor visibilización de los recursos y competencias de los menores.

3. APORTACIONES DE LA TERAPIA NARRATIVA

Dentro de los enfoques sistémicos y, especialmente en el ámbito del construccionismo social, es reseñable el trabajo de los terapeutas narrativos en lo que a la intervención con niños se refiere. Es necesario hacer mención destacada tanto de sus aportaciones teóricas y prácticas como de sus herramientas y técnicas de intervención. Además, la consonancia de sus propuestas con un enfoque salutogénico y positivo de la terapia con niños, así como la perspectiva empleada para entender cómo emergen los síntomas y cómo se puede afrontar el sufrimiento usando los recursos y competencias de la familia, es un verdadero logro. En este sentido coincidimos con la idea:

Los planteamientos lúdicos de la terapia narrativa alejan el centro de atención del niño como problema, para fijarlo en la relación entre el niño y el problema de una forma que sea significativa para los adultos, además de fascinante, y no insulsa o aburrida. (Freeman, Epston y Lobovits, 1997, p.16)

Campillo Rodríguez (2013) en *Terapia narrativa de juego*, describe la importancia de las técnicas narrativas, en especial de las técnicas de externalización, en la intervención infantil. En este punto es necesario incidir en los iniciales trabajos de Michael White y David Epston (1980) con su descripción de las posibles fórmulas para, por ejemplo, afrontar y vencer los miedos infantiles -primero dibujándolos (para capturarlos) y después usando rituales para “encerrarlos en una caja”-; los de White y Morgan (2006) donde se compilan artículos sobre intervención en terapia narrativa con niños; o la publicación de Freeman, Epston y Lobovits (1997) donde se realiza la descripción de una metodología para una interacción lúdica e incluyente.

Siguiendo con Freeman, Epston y Lobovits (1997), inciden en el tipo de preguntas e intervenciones que se realizan en los casos de terapia infantil y describen dos niveles diferenciados:

1. El nivel metafórico del juego que libera recursos y genera el desarrollo de historias competentes para la resolución de problemas.
2. Las preguntas realizadas en la conversación en torno a las historias desgranadas por la familia, ayudando a generar historias alternativas.

Schaefer (2011) indica que el rol del terapeuta infantil en el modelo narrativo consistiría en potenciar ciertas posiciones ya que:

El papel del terapeuta consiste en generar un espacio seguro y libre de temores donde el niño pueda jugar y crear historias en relación con otra persona. El juego y las narrativas le permiten explorar una variedad de historias, explicar la diversidad de historias de que dispone y probar las historias e identidades posibles. La historia no tiene que ser verdadera, pero debe ser creíble, y el papel del terapeuta es nutrir al cuentista de modo que el argumento pueda fluir. (Schaefer, 2011, p. 338)

Para ello, Schaefer (2011) hace referencia al tipo de trabajos propuestos, en un soporte lúdico, por ejemplo: crear historias con plastilina, crear una vasija de luz, dibujar caricaturas de una historia, contar cuentos de cambio y contar historias para respirar, imaginar y relajarse.

Pueden servir también como ejemplos los descritos por Rivas, González y Arredondo (2006) en *Antídoto contra monstruos. El uso de historias terapéuticas con niños*; o el de Verónica Ruiz González: *Crecón o el miedo a crecer* (En Esquivel Ancona et al, 2010), además de las muchas referencias que podemos encontrar en los diversos textos de Michael White y de David Epston.

Terán Catota (2016) describe ciertas ventajas de la terapia narrativa en el tratamiento de trastornos infantiles, por ejemplo: la posibilidad de identificar y exteriorizar el problema para así aislar los sentimientos de culpa; el uso del lenguaje verbal y no verbal de los niños en los juegos, relatos, cuentos, dibujos, etc.; o la posibilidad de construir y elaborar conflictos, incitándoles a un diálogo abierto. Además, el terapeuta incita el interés por las nuevas definiciones y pregunta por historias alternativas, modificando el sistema de creencias y empleando metáforas. Por eso Urrego Aguinaga y otros (2016), señalan que “el enfoque narrativo se centra en modificar la estructura de las historias como un ente transformador de las mismas”.

De forma resumida se puede destacar que el trabajo narrativo contempla la situación del niño, sus síntomas y su familia desde una perspectiva donde el eje está en la configuración de los relatos. En primer lugar sobre cuáles son las historias saturadas del problema -“la historia saturada del problema limita la perspectiva, elimina los hilos de esperanza y el significado positivo, y excluye posibilidades y potenciales nuevos” (Freeman, Epston y Lobovitz, 1997, p. 82). Estas historias saturadas del problema se convierten desafortunadamente en las historias que dominan las descripciones de las realidades de la familia, éstas exigen ser deconstruidas para permitir la emergencia de historias alternativas más saludables y potenciadoras de soluciones.

Desde el punto de vista de la participación de la familia, y concretamente de los padres, se entiende que su colaboración e inmersión en el proceso es un elemento imprescindible para llegar a un buen término en el proceso. Se plantea la necesidad de que los padres participen en las tormentas de ideas que se generan para obtener soluciones, que actúen como conspiradores junto a sus hijos contra el problema externalizado, que se alineen como un equipo en la defensa contra el problema detectado o que añadan significados a las historias y a los relatos emergentes. Es interesante que los progenitores se permitan participar en rituales y ritos de paso; que se entreguen en proporcionar detalles y ejemplos para las historias alternativas y, por último, que estén dispuestos a ser testigos del proceso. Los padres colaboradores son el mejor público para la confirmación de nuevas historias, permitiendo la aparición de elementos “heroicos”. Son coterapeutas que aportan un valor incalculable para contribuir al crecimiento y desarrollo de sus familias. Para ello se pueden emplear instrumentos variados como la elaboración de un relato mediante cartas, para hacer aparecer habilidades raras y especiales, o se procura fijar experiencias terapéuticas proponiendo y generando ceremonias de graduación, confirmación y celebración de los éxitos obtenidos en los niños.

En una somera revisión de artículos sobre el trabajo en psicoterapia infantil con enfoque narrativo se han podido encontrar múltiples aportaciones, en diferentes publicaciones, que permiten poder contrastar y verificar diferentes fórmulas de intervención dentro de este tipo de abordaje -a modo de ejemplos: Escudero, Abascal y Varela (2008); Rioja y Pinto (2008); García Ledesma, Mellado Cabrera y Santillán Torres (2010); Vargas Sepúlveda (2012); Rendon Salas (2015) y Bustamante Fernández (2016).

4. LAS TÉCNICAS DE EXTERNALIZACIÓN EN TERAPIA NARRATIVA CON NIÑOS

Dentro de los enfoques narrativos, destaca el uso de las técnicas de externalización como una de las más utilizadas para la intervención en psicoterapia y en especial en la atención a trastornos de la infancia.

Carey y Rusell (2002) comentan que de hecho la externalización es un concepto que se introdujo en el campo de la terapia familiar por primera vez a principios de la década de los 80 por Michael White, y que fue desarrollada inicialmente desde el trabajo con niños, siendo una técnica asociada “con el buen humor y lo lúdico”.

En el sentido de Michael White... () ...la externalización es un proceso en virtud del cual un cierto atributo o cualidad se “saca fuera” de las personas y se convierte en algo con entidad propia. En terapia externalizar consiste básicamente en utilizar el lenguaje para convertir los problemas que afectan a las personas y a sus relaciones en entidades separadas de estas, con lo cual pasa a ser posible luchar contra ellas (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994, p. 283).

Beyebach y Rodríguez Morejón (1994) son los autores españoles que han trabajado más a fondo en la descripción de las técnicas de externalización. Podemos entender que su utilización contiene notables ventajas, a saber:

a) Permite la activación de los recursos del paciente o de la familia al crear un espacio entre la persona afectada y el problema. La externalización ayuda a la asunción de un papel más activo por parte del paciente al quedar liberado del marco restrictivo que el problema en sí comporta, facilitando la emergencia de recursos propios y soluciones novedosas. La presencia del problema en el espacio del sujeto no otorga la libertad necesaria para afrontar sus dificultades y restringe sus capacidades.

b) Facilita la incorporación en el paciente o la familia de la experiencia externalizadora como metáfora útil, con mayor presencia visual y capacidad de sugestión, lo que facilitará su persistencia en el tiempo, permitiendo la coconstrucción entre los miembros de la familia de nuevas alternativas que pueden sustentarse en la visión compartida y recreada por todos.

c) Contiene un procedimiento a través del cual poder conversar con la familia y el paciente. Ciertamente otorga una vía conversacional, es decir, permite identificar de qué hablamos y cómo lo hacemos, con la que se puede orientar y facilitar el trabajo de los profesionales.

d) Permite incorporar elementos lúdicos (metáforas) que los niños y niñas aceptan de forma fácil y divertida, y con los que se suscitan interesantes posibilidades para la intervención directa en el consultorio.

Para su ejecución se siguen una serie de pautas que pueden ampliarse en los textos de referencia (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994) (págs. 291-299), y que en síntesis consisten en el siguiente proceso:

1º Decidir qué externalizar (ya sean emociones como el miedo, la rabia, la tristeza; problemas entre las personas: peleas, conflictos; aspectos culturales como los prototipos de género, la culpa de los padres).

2º Nombrar lo externalizado. Darle un nombre concreto con el que poder encarnarla y trabajarla como un ente externo al que poder afrontar.

3º Crear distancia entre la persona y el aspecto externalizado. Esta distancia posibilita conversar en torno a cómo afecta esto a la familia, a las consecuencias de su acción y a cómo la familia se defiende o defenderá ante la invasión, ataque o abducción de lo externalizado.

4º Ayudar a la familia a que luche contra el problema asumiendo el control de esta lucha.

Freeman, Epston y Lobovits (1997) señalan que la técnica de la externalización para los niños es como “jugar a”, en sí comporta un planteamiento cercano y lúdico. Es reunirse con el niño sin hablar del problema, y realizar el trabajo a través del propio proceso de externalización, “lo que alivia el sentimiento de responsabilidad y culpa del niño y de la familia” (p. 64). Para ellos es especialmente importante conocer al niño al margen del problema. La externalización funciona además como un proceso que facilita la despatologización del niño.

En esta misma dirección, Carey y Rusell (2002) afirman: “las conversaciones de externalización son la puerta para las historias preferibles y todas las destrezas, ideas y conocimientos que tienen las personas”, y por tanto, de esta forma poder abordar los efectos de sus problemas.

ELEMENTOS PREVIOS

A modo de resumen y en base a los elementos que se han venido describiendo en los apartados anteriores, procedemos a detallar aquellos aspectos que se deberán tener en consideración para la intervención en psicoterapia infantil. Posteriormente, se describirán una serie de fases en la intervención psicoterapéutica más concreta en los casos que giran en torno a los miedos y fobias de los niños y niñas.

1º) En primer lugar, siguiendo a Nathan Ackerman (en Cancrini y La Rosa, 1991), es importante reseñar que en la psicoterapia infantil (y especialmente en el enfoque sistémico) se analiza primero el entorno donde han surgido las dificultades, intentando entender cómo este contexto en que el niño está inscrito, le afecta y modula en la expresión de sus dificultades y conflictos. A diferencia de la terapia con adultos, donde lo habitual es trabajar de dentro hacia fuera, en el caso de la psicoterapia infantil el movimiento es el opuesto. Lo que entendemos como “fuera” incluye a la organización y el funcionamiento familiar, a la escuela como representación del mundo, y a los iguales como crisol donde se articula la relación del niño con el mundo.

2º) De ahí que, en segundo lugar, este trabajo de fuera hacia dentro, otorgue especial relevancia a la observación y análisis de la familia nuclear y extensa del paciente designado. Es deseable el conocimiento, cuando no la presencia, de al menos tres generaciones porque, en este contexto emocional, es donde los niños encuentran los medios y preferencias a la hora de expresar lo que está aconteciendo en su entorno y en sí mismos. Lo que esté ocurriendo va a afectar a las relaciones, está presente en las interacciones constantes entre sus miembros, enseña caminos para su emergencia sintomática y, cómo no, señala ciertas vías preferentes para la intervención psicoterapéutica.

Por ello, la alianza con los padres es una condición imprescindible y siempre deseable. Trabajamos como colaboradores de los padres para ayudar a los niños, remarcando los logros y éxitos de sus acciones.

En consecuencia, desde el enfoque sistémico, debemos considerar el trabajo con la familia como forma preferente de intervención, incluso en las ocasiones en que el niño no pudiera estar presente. Esta no es razón para que no se intervenga también con el niño de forma individual si se estima conveniente, pero se refuerza en la idea de que si los padres afrontan y trabajan la situación emocional que tenga enredada emocionalmente a la familia, se producirá una mejoría más rápida en los síntomas que el niño trae a la consulta.

Wachtell (1994) defiende la necesidad de dar más presencia al sistema parental. De hecho propone la realización de entrevistas a solas con los padres para con ello construir el clima de confianza y colaboración más adecuado. Estas primeras entrevistas a solas con los padres -juntos o por separado en caso de divorcio o separación conyugal-, son de máxima importancia para poder establecer un adecuado *rapport*. El trabajo que defiende la autora es, en síntesis, trabajar con el niño y la familia, ayudando a los padres a que ayuden a sus hijos. Para ello realiza tanto sesiones familiares como sesiones con la pareja parental, y también sesiones individuales con el niño cuando así se requiere.

3º) En tercer lugar, la forma en como atendemos y afrontamos el síntoma es otro de los aspectos distintivos y diferenciadores respecto del trabajo que se realiza en la psicoterapia con personas adultas. Si bien, en el caso de adultos, podemos apostar por no intervenir con la sintomatología del paciente o dejarla en un segundo plano, en la psicoterapia infantil se precisa dar un lugar destacado a la intervención contra el síntoma. Cuanto más pequeños sean los niños y más hayan persistido los síntomas en el tiempo, más puede verse afectado el paciente. No olvidemos que la niñez es un periodo crucial en el desarrollo madurativo y en la adquisición de aprendizajes de todo tipo. El proceso de maduración se podrá ver entorpecido, sobre todo si el tipo de síntomas impiden al niño acceder o avanzar en el proceso de socialización, o en su desarrollo intelectual y emocional durante periodos prolongados. Cuando los síntomas son incapacitantes, hemos de centrarnos en atajar el síntoma para

118 que el niño recupere cuanto antes una vida normalizada y pueda tener sus recursos disponibles para acceder a nuevos conocimientos, habilidades y competencias.

4º) Se propone en cuarto lugar que, para evitar la consolidación y mantenimiento de los síntomas en el tiempo, en la terapia deben realizarse intervenciones rápidas dirigidas a disolver los síntomas a través de un trabajo colaborativo con los padres, como principales artífices de la salud de los hijos. Los padres son los elementos más vitales y necesarios para acometer el trabajo psicoterapéutico con los hijos. Esto no significa que el modelo propuesto asuma los presupuestos de modelos como el de terapia filial -cuyo elemento distintivo es el trabajo con los padres para que ellos, a la par, trabajen con los hijos desde una perspectiva psicoeducativa-, pero sí comparte con este enfoque la necesidad de empoderar a los padres en el proceso de desarrollo y mejora de los hijos, como parte no sólo corresponsable de muchas de las tensiones o conflictos que el niño vive, sino también en justa contraparte, como responsables de las capacidades y recursos para la gestión de las soluciones y para la superación de las dificultades.

5º) En quinto y último lugar, hay que recordar que una terapia con niños presentes en el consultorio debe incorporar en su metodología de trabajo, aquellos aspectos diferenciadores del mundo infantil, es decir, las vías privilegiadas que utilizan para la comunicación y la expresión. En este sentido nos estamos reiterando sobre la importancia del lenguaje analógico y del juego como elemento primordial en la expresión de los menores y en la intervención psicoterapéutica. Por ello, en los protocolos que se proponen, se apuesta continuamente por este modelo de trabajo, de ahí que el juego y el lenguaje metafórico sean medios esenciales de tratamiento en los trastornos infantiles. Podemos afirmar que la resolución de la sintomatología en los/as niños/as será más eficaz y rápida a través del desarrollo de tareas e intervenciones basadas en metáforas. Llamamos metáfora a toda representación por analogía que ejemplifica el problema y sus posibles soluciones. Las metáforas pueden manifestarse y expresarse de diferentes formas, a destacar: plásticamente (dibujos, plastilina, arcilla, collage...), a través de narraciones (cuentos, teatro) o a través de juegos (caja de arena, títeres).

Partiendo de los presupuestos que se han expuesto, así como de las investigaciones y aportaciones de los diferentes autores y enfoques sobre la psicoterapia infantil, se propone un protocolo de trabajo que intenta incorporar todas estas observaciones en el proceso de implementación de la intervención psicoterapéutica con niños.

EL USO DE METÁFORAS TERAPÉUTICAS EN LOS CASOS DE FOBIAS Y MIEDOS INFANTILES, CINCO PASOS.

La intervención a través de metáforas terapéuticas en los casos de miedos y fobias infantiles aconseja la realización de una serie de pasos que se pueden protocolizar y que pasan a describirse a continuación:

- Paso 1º: La narración en torno al problema y al síntoma. La aparición del “fantasma” familiar a través del niño como paciente designado.
- Paso 2º: La construcción (coconstrucción) de una representación sensible al mundo de la familia y del niño: la metáfora.
- Paso 3º: La externalización plástica, lúdica y/o relatada del problema. La materialización y objetivación del “fantasma”.
- 4º Paso: El debilitamiento del problema, la pérdida de fuerza o difuminación del “fantasma”.
- 5º Paso: La conversación en torno a los orígenes del “fantasma”.

PASO 1º. LA NARRACIÓN EN TORNO AL PROBLEMA Y AL SÍNTOMA. LA APARICIÓN DEL “FANTASMA” FAMILIAR A TRAVÉS DEL NIÑO COMO PACIENTE DESIGNADO

El relato familiar sobre el síntoma del niño designado como paciente, así como el relato del propio niño, unidos a la observación del contexto familiar en interacción, nos acerca al mundo narra-

tivo y de significaciones de la familia, a las posibles historias encarnadas en sus miembros. En éstas se pueden reconocer los posibles “fantasmas que están dentro del armario” en el mundo del niño, que nacen alimentados por las angustias y miedos de los componentes del sistema familiar.

Lo que hemos dado en llamar “fantasmas” son, con frecuencia, el reflejo de los miedos más destacados presentes en la familia, por ejemplo, los derivados de situaciones de duelo originadas por el fallecimiento de algún ser querido y por posibles o efectivas separaciones conyugales. Lo impresionante de esta observación es cómo el niño va a expresar, de forma creativa y certera, en su cuerpo, en sus historias, en sus síntomas (en sí mismo), estas emociones que subyacen y regulan muchas de las interacciones de la vida familiar.

Quiero hacer referencia al concepto de “fantasma” en la dirección en la que algunos de los abordajes psicoanalíticos lo refieren, más cerca del “fantasma inconsciente” (diferenciado del “fantasma consciente” o fantasía) el cual sólo puede ser “inferido a partir de los efectos que produce en el discurso y en el comportamiento del sujeto” (Abrevaya, 1985, p. 502). Pero quiero ser claro, no estoy adoptando los planteamientos conceptuales freudianos o lacanianos respecto al concepto de “fantasma”. El “fantasma” lo quiero entender como la conformación de una ideación sentida que permite expresar las emociones presentes en la familia (especialmente las emociones silenciadas y reprimidas) a través de alguno de sus miembros -muy fácilmente los hijos e hijas- como altavoces emocionales del sistema en el que están insertos. Lo entiendo conceptualmente más cerca de los planteamientos sobre los emergentes de Enrique Pichón-Rivière (1985). El autor, en su teoría sobre el vínculo y las tres D (depositante, depositario y depositado) defiende que el paciente identificado (el depositario), en este caso el niño, será quien se encarga de expresar las emociones y angustias (lo depositado o “fantasma”) que otros miembros del sistema, en especial los padres (depositantes), están viviendo y que no pueden contener en sí mismos. Parece además especialmente pertinente su utilización cuando nos centramos en hablar de los miedos, los terrores nocturnos y las fobias infantiles.

Cuando aparecen los síntomas, inicialmente presentes de forma inconstante e intermitente como meras expresiones naturales de las tensiones del sistema familiar, pueden terminar cristalizándose y convirtiéndose en el centro de la mirada del resto de miembros de la familia, y que concurren según las circunstancias del momento del ciclo vital de la familia y de las cargas transgeneracionales existentes. Esto sirve para evacuar gran parte de la angustia y desazón que está presente en el sistema. Se termina buscando la solución de los problemas emocionales familiares a través de procurar la resolución de las dificultades del niño y su expresiva, metafórica y efectiva manifestación sintomática.

Por ejemplo, un niño puede mostrar síntomas centrados en una determinada emoción, por ejemplo, el miedo. Estos miedos para que terminen articulados en forma de reacciones del ámbito psiconeurótico -o en su paso previo como trastornos primarios del comportamiento con rasgos neuróticos según lo expresado por Ackerman (Cancrini y La Rosa, 1991)- se requiere de un proceso progresivo de interiorización. En la medida que el niño va teniendo más edad es más habitual que un trastorno primario del comportamiento se manifieste paulatinamente de forma más compleja, siendo a la par más difícil su comprensión en el contexto de las relaciones familiares. La capacidad metafórica del síntoma, en forma de reacción psiconeurótica, es un elemento interesante de analizar porque unifica la emoción familiar en torno a algún acontecimiento, ya sea real y presente (por ejemplo, el miedo a una posible separación conyugal que se esté fraguando) o más bien de orden histórico y estructural (por ejemplo, el miedo de los padres del niño a afrontar una posición más diferenciada negándose a las pretensiones de los abuelos sobre ciertas situaciones en la vida de la familia nuclear).

Si el niño expresa miedo, rabia o vergüenza como emoción primordial, debemos confiar en la presencia sólida de esa misma emoción en el sistema en el que aparece y se inscribe. A la par, el síntoma es una forma de denuncia de la situación y, en la mayoría de las veces, una forma metafórica de mostrar también una posible forma de resolver el conflicto que está presente.

Pongamos un ejemplo, Alba, una chica preadolescente de 12 años, hija de madre soltera presenta, como expresión emocional sintomática, miedo ante ciertas situaciones de bullying que dice

estar sufriendo en la escuela y, simultáneamente, manifiesta conductas agresivas e irrespetuosas hacia la madre y la familia extensa materna cuando le intentan imponer algunas reglas.

Cuando se analiza la historia familiar, puede distinguirse como la madre de Alba, a pesar de tener ya cerca de 40 años, dice sentirse incapaz de manifestar sus opiniones ante su propia madre. Justifica esta incapacidad en una infancia plagada de situaciones donde han estado presentes expresiones de violencia intrafamiliar así como un patente desprecio de sus padres hacia ella y sus opiniones. La madre de Alba ha realizado últimamente interesantes intentos de autonomía y ha conseguido alquilar un apartamento donde vive con su hija, las dos solas, fuera de la casa de los abuelos con quienes han estado conviviendo durante toda la infancia de la chica. La madre de Alba llega a manifestar, a pesar de lo complicada que es la relación con su hija, que gracias al carácter que la chica tiene no sufrirá ni tendrá que soportar situaciones como las que ella ha tenido que vivir.

En resumen, los síntomas de Alba unifican, de una parte, el miedo ante el acoso y la violencia de las personas del entorno con la expresión asertiva y rebelde. Ambas configuran emociones presentes en la familia, particularmente en la madre, que mira fascinada a la hija cuando la escucha decir “no” y defender sus planteamientos ante quien se precise.

PASO 2º: LA CONSTRUCCIÓN (COCONSTRUCCIÓN) DE UNA REPRESENTACIÓN SENSIBLE AL MUNDO DE LA FAMILIA Y DEL NIÑO: LA METÁFORA.

En segundo lugar, se ha de procurar la construcción con la familia de una representación metafórica, que parte y nace del arsenal de imágenes y relatos familiares esbozados en la consulta. Esto implica la aparición de una imagen, una idea y/o de un relato que debe ser sensible al mundo emocional de la familia y del menor designado como paciente. Esta representación metafórica debe reunir las siguientes características: ser potente, con fuerza expresiva; preferentemente visible admitiendo la posibilidad de ser confrontada y, por último, debe permitir ser moldeada, es decir, que incluya la posibilidad de ser trabajada y modificada en el trabajo terapéutico.

La metáfora debe incorporar los elementos narrativos que la familia emplea, así como permitir la posibilidad de ser externalizada o de generar externalizaciones que sean pertinentes. Por ejemplo, una niña puede expresar su miedo al abandono dejando *post-it* pegados por toda la casa, en forma de mensajes, dirigidos a su madre. El miedo, en este caso, utiliza un formato expresivo diferente. Los pequeños mensajes escritos en hojitas amarillas, pegados por toda la casa, poseen en sí mismos una fuerza expresiva y visual importante que da juego para ser hablado, trabajado, utilizado como elemento comunicativo y reencuadrado, podemos usarlo como medio expresivo de ida y vuelta.

El dragón que Alicia, una niña de siete años, dibuja con su familia como representación de sus miedos nocturnos, es colgado de una viga del salón de su casa durante el periodo en que se realiza el trabajo terapéutico. Todos hablan de qué hacer o cómo responder ante el dragón, de las opiniones de las visitas cuando llegan a la casa y preguntan por él. El “fantasma” ha dejado el mundo interior del niño y está presente, visible, delante de toda la familia. Se puede interactuar con él, imaginarlo, confrontarlo y rebelarse ante su opresión.

Esa imagen tiene una fortaleza importante porque consigue, de forma analógica, que toda la familia se responsabilice de los miedos que a cada uno de sus miembros atenaza. Se convierte en un repositorio de los principales miedos de la familia. A través del dibujo y del juego con los hijos, la familia libera su potencial creativo, genera soluciones en muchas ocasiones insospechadas. La intensidad de las emociones, en este caso de los miedos, se reparte entre todos y se diluye en el niño, se produce un efecto de *difusión del síntoma*, término utilizado por Maurizio Andolfi, que libera al paciente designado del lugar o rol que la familia tácitamente le ha adjudicado y que se observa típicamente porque produce un incremento de la ansiedad en el resto de miembros de la familia (con expresiones diversas en cada uno de ellos) y una reducción de la sintomatología o de su intensidad en el paciente designado.

Es muy interesante y digno de mención el capítulo “Metáfora y objeto metafórico en la terapia” que se incluye en el libro *Detrás de la máscara familiar* (Andolfi, Angelo, Menghi y Nico-

ló-Corigliano, 1982). A pesar de la distancia conceptual y de enfoque que los autores mantienen respecto de los abordajes narrativos, es clara la presencia del trabajo con niños y la utilización de la metáfora como elemento guía del proceso terapéutico. En el capítulo de referencia, el uso de la metáfora, del objeto metafórico o del lenguaje metafórico, es planteado de una forma diferente, pero con una riqueza y pragmatismo fuera de todo cuestionamiento. El objetivo no está centrado en la posibilidad de realizar una externalización sino en la propia riqueza del uso de la metáfora en la comunicación psicoterapéutica.

Cualquier representación metafórica puede ser útil. A efectos del protocolo para la terapia en los casos de miedos y fobias infantiles que se propone en este artículo, es preciso buscar algo más que una simple representación analógica, al igual que el síntoma que presenta el paciente, en este caso lo que se propone es la posibilidad de generar una representación metafórica que permita la objetivación o solidificación del “fantasma”, su maleabilidad y su afrontamiento.

PASO 3º: LA EXTERNALIZACIÓN PLÁSTICA, LÚDICA Y/O RELATADA DEL PROBLEMA. LA MATERIALIZACIÓN Y OBJETIVACIÓN DEL “FANTASMA”.

Como se describe al final del párrafo del anterior apartado, la representación metafórica será la base para procurar una externalización del problema. Puede realizarse a través de una representación plástica (un dibujo, una escultura con plastilina o arcilla, un collage...), en un formato lúdico (como un juego que se realiza por parte de la familia con el niño incluido siempre en el proceso) y/o con un soporte relatado, es decir, enmarcada en un relato, como un cuento o narración donde ellos son protagonistas principales; o si fuera posible incluyendo todos estos elementos a la vez. Aún más rico si cabe, unificar en el proceso elementos visibles, con los que jugar y que se enmarcan en un relato común. En todos los casos se pretende la materialización del “fantasma”.

Esta materialización conecta con las observaciones psicoanalíticas que entienden al “fantasma” como un producto elaborado desde el inconsciente y que permite expresar el conflicto. La representación metafórica pretende materializar este “fantasma”, objetivarlo, darle forma, color y textura, todo con el objetivo de poder reducir su poder y debilitarlo, para de esta forma poder afrontarlo. Algo similar a lo que ocurre en el espectador, cuando en una película de terror se le ofrece la imagen del monstruo que, hasta el momento no ha sido visto, sólo intuido. Una vez que aparece la imagen, por muy terrible que pueda parecer, desactiva gran parte del miedo que ocasionaba.

Esto conlleva la necesidad de seguir una serie de pautas para nombrar al “fantasma”, caracterizarlo, convertirlo en un objeto visible y manejable. El miedo etéreo debe adquirir forma, contorno, color, presencia objetiva y detalle, a través de la representación que el niño con la familia va a construir.

¿Cómo se aconseja hacer esta tarea? Se propone habitualmente que la tarea sea implementada a través de una representación plástica (dibujo, figura de barro o plastilina) -pueden emplearse otro tipo de representaciones si las vías preferentes de la familia y el niño así lo desean-, siguiendo un ritual concreto que se va a proponer a toda la familia y cuyo producto habrá de ser traído a la consulta en las siguientes sesiones. Wachtel (1994) defiende que el uso de los dibujos ayuda al niño a presentar una narrativa coherente y organizada.

PASO 4º: EL DEBILITAMIENTO DEL PROBLEMA, LA PÉRDIDA DE FUERZA O DIFUMINACIÓN DEL “FANTASMA”.

Como se ha detallado, desde un formato lúdico, se envían tareas que deberá realizar toda la familia con el/la niño/a, paciente designado, al objeto de debilitar el problema que les ha traído a consulta, por ejemplo:

- El “fantasma” podrá ser condenado, paralizado, congelado, encerrado... Entendemos que éstas acciones funcionan como formas metafóricas de afrontamiento tras la externalización.

- Es importante que el “fantasma” sea sacado, apartado, del espacio personal y vital del niño (su habitación) y sea situado preferentemente en un espacio de convivencia de toda la familia (por ejemplo, el salón o el comedor), expuesto visiblemente como una imagen o icono presente ante todos los miembros. Pegado en la pared, colgado del techo, lo importante es que sea visto por toda la familia.
- Cuanto mayor sea la implicación de todos los miembros de la familia en su construcción, configuración y afrontamiento mejores resultados cabría esperar de este tipo de intervención y auguraría una más rápida reducción sintomática en el niño o la niña.

Las tareas deben ser realizadas a través del dibujo e indicaciones del niño (si tiene suficiente edad), y que los padres y hermanos le ayuden a completar, detallar y colorear su dibujo (qué color tienen los ojos, cómo son las uñas, cómo pone la boca...) como una forma de facilitar el proceso de proyección familiar y, en consonancia, el efecto de difusión y reparto de la ansiedad o el miedo entre todos. Cuanto mayor participación tengan los padres en la construcción de los relatos, la representación externalizada y las tareas, mayor éxito se obtendrá para contrarrestar los síntomas del/la niño/a.

Evidentemente se suele producir, de forma concomitante, un incremento de la angustia, de la incomodidad individual, en el resto de los miembros de la familia, siendo siempre un indicador positivo de la intervención que se viene realizando. Reiteramos con ello la visión de Bowen (1978a) cuando nos habla de la familia como un sistema emocional o de Ackerman (1937) cuando la define como una unidad bio-socio-emocional.

PASO 5º: LA CONVERSACIÓN EN TORNO A LOS ORÍGENES DEL “FANTASMA”.

Simultáneamente mantenemos conversaciones plenas de curiosidad con la familia. Se habla de aquellas situaciones de la vida real que pueden funcionar como generadoras y alimentadoras del “fantasma”. Por ejemplo, hablamos de la crisis de pareja que llevó a los padres a plantear una posible separación; de la muerte inesperada de uno de los progenitores difícilmente aceptada, de las situaciones de violencia que han estado ocurriendo.

No se recomienda hacer una explícita conexión, a modo de interpretación, entre ellas (situación conflictiva y sintomatología) sino que nos interesamos por establecer suaves analogías entre las emociones expresadas en el síntoma o problema que presenta el niño y las emociones que la familia puede estar sintiendo en torno a la situación problema, facilitando que sean habladas y compartidas en las sesiones familiares. Pretender que se produzca cierta consciencia de lo emocional que la familia está viviendo, de las dificultades que está encontrando en su gestión, de las alternativas que se plantean para su afrontamiento, etc.

Esto permite que el trabajo terapéutico funcione en varios registros simultáneos:

1. Un registro analógico y metafórico, vía preferente para los niños, pero igualmente productivo en los adultos, donde se confrontan los miedos y ansiedades de forma conjunta.
2. Un registro digital, desde las conversaciones mantenidas en las sesiones y desde las tareas realizadas en el espacio intersesiones, que dan cierta explicación sobre lo que viene ocurriendo y su interconexión con las dificultades que el hijo/paciente esté presentando.
3. Un registro emocional que integra ideas, imágenes y relatos, en la conformación del puzzle que se ha construido en el sistema familiar tanto para la expresión de las emociones como para su redireccionamiento, en el seno de las interacciones entre sus miembros, ya sea en la gestión del estrés emocional causado por situaciones que aparecen en el ciclo vital (eje horizontal) o por aspectos vinculados a la historia familiar transgeneracional (eje vertical).

Como plantea Wachtel (1994), se busca que la conversación transite de los hechos a los sentimientos. Este tránsito va a alimentarse de los diferentes registros hasta que la familia pueda conseguir una nueva perspectiva en torno a sus dificultades y a los modos de responder ante las ansiedades que estén emergiendo ante las mismas.

Vamos a relatar un caso práctico donde se implementa este protocolo para así poder verificar de forma concreta los diferentes pasos propuestos.

En la llamada telefónica, Juana, madre del paciente designado, solicita consulta para su hijo Dilan, de 7 años, por enuresis nocturna y encopresis, síntomas ambos incipientes que se presentan aún de forma inconstante e intermitente. También presenta una notable bajada de rendimiento en la escuela. En la llamada se le solicita información sobre la composición familiar. Informa Juana que su marido, José, era diabético y había fallecido hacía aproximadamente tres años de una grave enfermedad que se presentó de forma inesperada. Tiene además otro hijo más mayor, Felipe, de 12 años. Advierte además al terapeuta que de la muerte del padre no se puede hablar, para que cuando asistan al consultorio se tenga en cuenta y se respete esta condición.

Se le responde, en esa misma llamada, que lamentándolo mucho no podemos atenderles en esas condiciones, y que solo se aceptaría verles cuando esté dispuesta a conversar sobre todos los temas, en especial, sobre el marido-padre muerto. Juana perpleja y asustada, tras mostrarse dubitativa, decide aceptar las condiciones.

En la primera entrevista acuden Juana con sus hijos Felipe y Dilan. Una vez se comienza a hablar del padre fallecido y de las circunstancias que rodearon su muerte, Felipe, el hijo mayor, rompe a llorar desconsolado. Dilan hace gestos como intentando imitar a su hermano. La madre también llora.

Cuenta Juana que tras el fallecimiento de su marido intentó mostrarse fuerte para evitar que sus hijos sufrieran más de lo preciso, lloraba a escondidas, en su dormitorio o en la ducha y visitaba el cementerio (ella utilizaba la palabra “allí”) sin que sus hijos lo supieran.

Felipe cuenta que no quiere oír hablar de su padre, pero al preguntarle sobre cómo esto le afecta, nos dice que llora cada noche al irse a dormir. Su madre manifiesta sorprendida desconocer que esto estaba ocurriendo. Dilan, por el contrario, es el único que habla del padre, de sus “recuerdos”, todos agradables ante lo que su madre y hermano le hacen callar, no tanto explícitamente como por el pesado silencio crítico que se produce cuando el chico osa mencionarlos.

Se agradece a Dilan su valentía por traer, a la conversación que mantenemos en la consulta, estos recuerdos y hacer presente al padre en la vida cotidiana de la familia, a pesar de lo dolorosa que pueda resultar para todos, la pérdida sufrida, un padre al que tanto se le extraña y del que se siente tan presente su ausencia.

Entramos a hablar sobre los síntomas de Dilan, los que han motivado a la familia para pedir consulta. Dilan tiene, además de los escapes de pipí o de caca, muchos miedos nocturnos a los que se refiere como los “monstruos”, estos miedos le llevan a meterse asustado en la cama de su madre cuando aparecen durante la noche. Indagamos sobre estos miedos, sobre estos “monstruos”, para intentar conocer al “fantasma” que visita a esta familia.

Se intenta objetivar el “fantasma”. Dilan habla después de un rato largo, donde pasa por variadas descripciones, de una de las imágenes que le atormentan, nos habla de la imagen de un orco de la película “El Señor de los Anillos”, concretamente visibilizado a través de un cromó que tiene su hermano Felipe. Otros miedos aparecen confusos y de forma indeterminada, lo que no es atípico en estos casos.

Durante la sesión Dilan dibuja continuamente sin que se le hayan hecho indicaciones en esa dirección. Realiza varios dibujos. La mayoría con la temática central de los monstruos que le acechan y, en otro de sus dibujos, representa a una familia en un barco que flota en el aire mientras, en el mar, se observan un tiburón, un delfín y un barco pirata hundido en el fondo del mar del que solo se muestra la bandera con su calavera y las dos tibias.

Se propone una triple tarea al finalizar la sesión:

1. Dibujar el miedo, en dos tandas, en una cartulina blanca. Deberán dibujar el miedo entre todos pero siguiendo las indicaciones de Dilan. Usando colores, intentando concretarlo

con las observaciones y detalles que el chico señale y describa. El dibujo, una vez acabado, será colocado finalmente en un lugar visible del salón de la casa (nunca en el dormitorio de Dilan). Deberán traerlo a la próxima sesión para poder verlo entre todos.

2. La segunda tarea se centra en la prescripción de un ritual en el que se deberá coger el famoso cromó del orco de “El Señor de los Anillos”, lo meterán en un sobre, lo cerrarán y, entre los tres, lo llevarán hasta el congelador del refrigerador donde lo encerrarán para que se mantenga congelado.
3. Se pregunta, por último, sobre qué objetos guardan cada uno del padre fallecido. La madre suele llevar una imagen de la Virgen, Dilan un coche de juguete, una ambulancia concretamente, y Felipe, un llavero. Les pido que los traigan a la próxima sesión junto a algunas fotos familiares donde aparezcan ellos junto el padre para poder conocerlo.

Se les cita tres semanas más tarde para una segunda sesión.

En la sesión siguiente, cuando llegan, manifiestan muy emocionados que no se han repetido los síntomas de Dilan relatados en la primera sesión. En la casa, han hablado de José, el padre, cuando ha surgido la ocasión. La madre y el hijo mayor manifiestan sentirse más desahogados y tranquilos.

La tarea la han realizado como se prescribió aunque Dilan no ha querido que su madre y su hermano dibujen. Lo hizo él sólo mientras su madre y su hermano lo observaban y lo comentaban. El dibujo consiste en un ogro con grandes garras pintadas de amarillo. Después, como se les indicó, comentan que fue colocado en el salón de la casa a la vista de todos. Sí han realizado juntos la tarea del ensobrado y encierro del orco en el congelador. También han traído los objetos (recuerdos del padre) solicitados y un álbum de fotos familiares.

Vemos las fotos en sesión y se conversa sobre los recuerdos que suscitan. Felipe llora, pero de una forma más suave que en la primera sesión y Dilan vuelve a imitarlo de nuevo. Juana cuenta que se ha apoyado mucho en Felipe, su hijo mayor, lo que ha ocasionado un excesivo involucramiento entre ambos. Se trabaja sobre la necesidad de crear espacios diferenciados entre los dos, Juana entiendo que quizás le haya sobrecargado demasiado. A la par, se legitima el enfado que llega a expresar Felipe, apoyando por nuestra parte que con toda probabilidad necesita su espacio y centrarse más en sus propios intereses. Esto nos lleva una buena parte del tiempo de la sesión.

Al final, se felicita a Dilan por su éxito en la batalla contra los monstruos tras un rato de trabajo sobre sus capacidades y recursos en este sentido. Quedamos para volver a encontrarnos un mes más tarde.

En la tercera sesión, se mantiene la situación de mejoría de Dilan. No han reaparecido los síntomas.

Dilan relata que ha recordado a su madre que deberían pedir comida china para almorzar. Esta era una costumbre que tenía toda la familia cuando el padre vivía y que se dejó de hacer tras su fallecimiento. En esta ocasión sí lo hicieron, llamaron al restaurante, como solían hacer antes, y pidieron comida china para la casa. Estaban contentos de haber retomado esta costumbre que, además, les acercaba al recuerdo del padre de una forma amable y cálida.

Relatan que el día del aniversario de la muerte del padre, que ha acontecido en el periodo intersesiones, Dilan les recordó que debían hacer algo al respecto. Decidieron ir juntos a misa y al cementerio, llevaron flores para depositarlas en la tumba del padre. Dilan utiliza en el relato de estas actividades las dos palabras: “murió” y “cementerio”, palabras que antes parecían estar vedadas y no podían ser pronunciadas en la familia, usando eufemismos o sucedáneos.

Felipe se encuentra bien y la madre comenta que la profesora de Dilan le ha informado en una tutoría que había estado observando una reacción muy buena en el chico, tanto en cuanto al rendimiento en clases como en el hecho de mostrarse más activo y sociable con los compañeros.

Manifiestan encontrarse contentos con lo que han ido consiguiendo entre todos, así como por los resultados obtenidos y, en especial, respecto a los logros de Dilan contra los monstruos, la caca y el pipí. Nos despedimos y se pide a Felipe, muy aficionado a los ordenadores y la informática, que prepare un diploma para Dilan siguiendo nuestras indicaciones y que nos lo envíe para firmarlo.

Tres semanas más tarde recibimos un sobre grande que incluye un diploma cuyo título dice: *Diploma por superar su lucha contra los monstruos a: Dilan*, fechado y con pie de firma a nuestro nombre. Se lo sellamos y firmamos en los espacios que Felipe nos deja indicados en el mismo, y se le devuelve vía postal a la familia con una breve carta en la que se les comenta:

Queridos Juana, Felipe y Dilan.

Aquí os mando firmado el DIPLOMA de Dilan que os ha quedado estupendo y es, además, la señal de que una familia sale adelante y supera los problemas cuando no se esconde, se atreve y apuesta por la vida.

Gracias por lo que me habéis enseñado.

7. COMENTARIOS

Podemos hacer unos breves comentarios sobre el caso. Estamos ante un caso de duelo cronicado que impone a la familia un manejo restrictivo de la información y de la comunicación sobre lo acontecido en torno a la muerte del padre y hacia su figura, provocando un estancamiento en el funcionamiento familiar y forzando a interacciones evitativas entre sus miembros.

Queda evidenciado y es comprensible que la familia hubiera tenido serias dificultades para integrar el fallecimiento del padre y que la experiencia emocional ante la pérdida había sido encapsulada y desviada. Esta voluntaria disociación permitía mostrar una aparente normalidad en las relaciones cotidianas de los miembros de la familia, aunque ocultando y silenciando las emociones que estaban presentes en la vida de cada uno de ellos.

Se termina imponiendo una *omertá* -una ley del silencio- en torno a todo lo que tuviera que ver con el padre muerto. Si bien parece iniciarse dicha limitación sobre todos los aspectos que hacen referencia al fallecimiento y la enfermedad, al poco tiempo se hizo extensiva a todos los recuerdos y vivencias donde él había estado presente. El silencio invade así otros ámbitos discursivos de la familia, ya fuera de la experiencia directa de la enfermedad y la muerte, por ejemplo, la desaparición de la costumbre de solicitar comida china.

El nivel de estrés emocional en la familia, la tristeza flotante, la detención del proceso de desarrollo en el ciclo vital familiar, es expresada y denunciada a través de los síntomas que Dilan presenta. Aparece señalado como paciente identificado en la medida que muestra, aunque de forma inconstante, síntomas de enuresis y encopresis así como terrores nocturnos. A la par, desde el colegio, avisaron preocupados por una bajada en su rendimiento escolar y por la poca motivación que se observaba en el niño que, además, había reducido las relaciones sociales con sus iguales.

La presencia de síntomas inconstantes, como plantea Ackerman (Cancrini y La Rosa, 1991), es una señal evidente de que la situación había pasado de manifestarse como un trastorno primario del comportamiento a presentarse ya con la emergencia de rasgos psiconeuróticos, lo que señala que se ha iniciado un proceso de interiorización del conflicto, aunque todavía de forma parcial. Esto nos permite tener una mayor comprensión de lo que acontece al no haberse constituido todavía como una reacción psiconeurótica autónoma y en apariencia desconectada de la vida y relaciones de la familia, según los términos que el propio Ackerman describe.

Aunque el nivel de angustia está presente en toda la familia, es Dilan quien, como barómetro de la emoción existente en el sistema, expresa la distonía presente e incorpora en modo analógico las emociones y formas defensivas que todos los miembros están viviendo. De una parte, se expresa el miedo (a través de los terrores nocturnos) en torno a la pérdida del padre como elemento de sustento y de seguridad, de otra se activan aspectos paranoides en torno a las posibles “deslealtades” que los miembros de la familia experimentan respecto a la memoria del fallecido. También aparecen aspectos relacionados con la imposición de un control para la no expresión de las emociones dolorosas que, al no poder ser contenidas por sus miembros, se escapan a pesar de los esfuerzos de la familia por ignorarlas. De ahí que la falta de control de esfínteres sea una perfecta metáfora de lo que no es

El “fantasma” del padre muerto, en forma de monstruo o de orco *tolkieniano*, y el miedo a confrontar las emociones suscitadas ante una vida sin el padre, se organizan expresivamente en la emergencia sintomática de Dilan, permitiendo a la familia expresar a través del niño pequeño las emociones y angustias presentes.

Esta visión, con elementos psicodinámicos, está planteada como el soporte sobre el que se va a requerir la necesidad de objetivar los “fantasmas”. La materialización de los “fantasmas” es una fórmula que, a través de la externalización, va a generar muchas posibilidades interesantes promoviendo la acción de la familia para vencer los obstáculos y superar las dificultades.

Es necesario mantener, de forma simultánea, el componente lúdico y externalizador respecto al niño y la familia, con la conversación directa y pertinente en torno al padre y al dolor derivado de su pérdida. Se precisa además adoptar una visión normalizadora e incorporar el permiso para poder retomar la vida y los hábitos existentes antes del fallecimiento del padre, a la importancia de poder incorporarlo en el recuerdo, no como un oscuro y exiliado “fantasma” sino como un padre amado y presente en el recuerdo, amable y protector.

La conversación reconstruye o retoma imágenes y relatos amables sobre el padre como una forma de reintegrar de nuevo su figura, y se establecen escenarios para constatar la pérdida y el dolor que esta conlleva. Esto libera a Dilan como depositario y emergente familiar, produciéndose una difusión de la angustia entre todos sus miembros, lo que resulta siempre más justo y equilibrado.

Desde el punto de vista de la intervención psicoterapéutica se ha descrito mostrando el componente lúdico y el uso de las metáforas como manera privilegiada de encarar el tratamiento psicoterapéutico de este tipo de dificultades en la infancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrevaya, E. (1985). El concepto de fantasma en psicoanálisis. *Revista de Ciencias Sociales*, 3-4. (24), 499-515.
- Ackerman, N.W. (1937). The family as a social and emotional unit. *Bulletin of Kansas Mental Hygiene Society*, 2(2).
- Ackerman, N.W. (1966). *Psicoterapia de la familia neurótica*. Buenos Aires: Ed. Horme (1969)
- Andolfi, M. (1977). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P. y Nicoló-Corigliano, A.M. (1982). *Detrás de la máscara familiar. La familia rígida, un modelo de psicoterapia relacional*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu
- Andolfi, M. (2000). Terapia con el individuo y terapia con la familia. *Systemica*, 8, 13-29.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G.M. (1973). *Lealtades invisibles; Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu (1994).
- Bowen, M. (1978a). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Georgetown Family Center (2016).
- Bowen, M. (1978b). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Ed. Paidós (1991).
- Bustamante Fernández, M. (2016). *Prácticas narrativas en psicoterapia con niños, niñas y adolescentes que han sido abusados sexualmente. Memoria para optar al título de Psicología*. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología. Universidad de Chile.
- Beyebach, M. y Rodríguez Morejón, A. (octubre, 1994). Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas. *Actas de las XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar*.

- Campillo Rodríguez, M. (2013). *Terapia Narrativa de Juego. Haciendo Psicología*. México.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1991). *La Caja de Pandora: Manual de Psiquiatría y Psicopatología*. Barcelona: Ed. Paidós (1996).
- Carey, M. y Russel, S. (2002). Externalización: preguntas más frecuentes. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, n° 2. En S. Russel y M. Carey (Comp.) (2004). *Narrative Therapy: Responding to Your Questions*. Adelaide: Dulwich Center Publications.
- Castillo-García, M.T.; Castillejos-Zenteno, L. y Macías-Esparza, L.K. (2017): El reto de incluir niños y niñas en las sesiones de Terapia Familiar. *Redes*, 35, 83-95.
- De Manuel Vicente, C. (2009). La Terapia de Familia y los niños: reflexiones desde una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de la red pública andaluza. *Apuntes de Psicología*, 2-3. (27), 363-373.
- De Pablo Urban, J.M. (2018a). *Psicoterapia individual desde una perspectiva sistémica integradora*. Madrid: Letrame Grupo Editorial.
- De Pablo Urban, J.M. (2018b). Psicoterapia infantil sistémica. La integración de otros enfoques de la psicoterapia. En prensa: *Revista de Psicoterapia*.
- Escudero, V., Abascal, A. y Varela, N. (2008). Escaleras y torreones terapéuticos: Directrices y técnicas básicas para el trabajo con niños en terapia familiar. *Cuaderno Psiquiatría Comunitaria*, 2 (8), 207-223.
- Esquivel Ancona, F. et al. (2010). *Psicoterapia infantil con juego: casos clínicos*. México: Ed. El Manual Moderno.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (1997). *Terapia narrativa con niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Ed. Paidós.
- García Ledesma, R.I., Mellado Cabrera, A. y Santillán Torres, L. (2010). Pérdida y duelo infantil: una visión constructivista narrativa. *Alternativas en Psicología*, 23(15).
- Haley, J. (1977). Hacia una teoría de los sistemas patológicos. En I. Boszormenyi-Nagy y H. Gerald Zuk (Comp.) pp. 28-46. *Terapia familiar y familias en conflicto*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Lengua Sánchez, J.C. (2001). El juego en la terapia familiar sistémica con niños. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 1-2 (2).
- Lewin, K. (1936). *Principios de psicología topológica*. Sao Paulo: Ed. Cultrix y Editorial de la Universidad de Sao Paulo.
- Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Minuchin, S.; Rosman, B. Y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- Pichón-Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Rendon Salas, L. (2015). Psicoterapia narrativa en un caso de ansiedad infantil. Ajayú, Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 13(1), 98-115.
- Rioja, M. y Pinto, B. (2008). Terapia narrativa aplicada a un niño con problemas de conducta “Andrés el travieso”. *Ajayú, Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 1(5).
- Rivas Bárcena, R., González Montoya, C.S. y Arredondo Leal, V. (2006). Antídoto contra monstruos. El uso de historias terapéuticas con niños. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 3 (9), 12-23.
- Schaefer, C.E. (2011). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Ed. El Manual Moderno.
- Sepúlveda Ramírez, M.G., Alcaíno Maldonado, C.A. y García Acuña, G.A. (Eds.) (2012). *Psicoterapia evolutiva constructivista en niños y adolescentes. Métodos y técnicas terapéuticas*. Universidad de Chile, Santiago de Chile: Andros Impresores.
- Stern, D.N. (1985). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Ed. Paidós (1991).

- Stierlin, H. (1979). *Psicoanálisis y terapia familiar*. Barcelona: Ed. Icaria.
- Terán Catota, P.V. (2016). *Terapia narrativa para la resolución de conflictos de adaptación familiar en niños/as de educación básica elemental y media*. Proyecto investigación obtención título de Psicología. Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Ecuador, sede Ambato.
- Tilmans-Ostyn, E. (1981). La thérapie familiale dans son approche spécifique des jeunes enfants. *Thérapie familiale*, 2(4)329-335.
- Urrego Aguinaga, D., Jaramillo Chavarría, G.A., Rodríguez Muñoz, J.C. y Cardona Arbeláez, J.P. (2016). Sentidos de la externalización del problema en la terapia narrativa. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigo*, 3(1), 68-80.
- Vargas Sepúlveda, A.V. (2012). El dibujo: expresión artística-creativa en psicoterapia constructivista-evolutiva. En M.G Sepúlveda Ramírez, C.A, Alcaíno Maldonado y G.A. García Acuña (Eds.). (2012). *Psicoterapia evolutiva constructivista en niños y adolescentes. Métodos y técnicas terapéuticas*. Universidad de Chile, Santiago de Chile: Andros Impresores.
- Wachtel, E. (1994). *La clínica del niño con problemas y su familia*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu (1997).
- White, M. (1991): La externalización del problema y la reescritura de vida y relaciones. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 31-59.
- White, M. y Epston, D. (1980): *Medios narrativos con fines terapéuticos*. Barcelona: Ed. Paidós (1993).
- White, M. y Morgan, A. (2006): *Narrative Therapy with Children and their families*. Adelaida, Australia: Dulwich Centre Publications.