FAM 16 (1997) 27-46

La Terapia Familiar Breve en el trabajo con niños y sus familias

Mark Beyebach

Introducción

La Terapia Centrada en las Soluciones (TCS) es un modelo terapéutico que se incluye entre las terapias sistémicas breves. Fue desarrollada por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y su equipo (De Shazer, 1985, 1988, 1991, 1995; De Shazer y cols., 1986) en Milwaukee, Estados Unidos, y en los quince años de su existencia se ha extendido considerablemente por Estados Unidos, el Extremo Oriente y sobre todo en Europa. Recientemente se han descrito numerosos campos de aplicación de la TCS tanto dentro como fuera del ámbito de la psicoterapia. Así, se han publicado trabajos sobre el abordaje desde la TCS de problemas como el alcoholismo (Berg y Miller, 1992), la violencia familiar (Lipchik y Kubicki, 1996), la esquizofrenia (Eakes, WWalsh, Markowski, Cain y Swanson, 1997) o el abuso sexual (Dolan, 1991); y se han desarrollado interesantes experiencias de aplicación a campos ajenos a la psicoterapia, como la orientación escolar (Durrant, 1995; Murphy, 1996, Rhodes y Ajmal, 1995), el trabajo social (Berg, 1994; Sundman, 1997) o el consulting organizacional. Además, en estos últimos años ha empezado a desarrollarse un conjunto de investigaciones empíricas que —aunque aún claramente insuficientes— van proporcionando un cierto apoyo empírico a este modelo de terapia (De Jong y Hopwood, 1996; Beyebach, Rodríguez Morejón, Palenzuela y Rodríguez-Arias, 1996; MacDonald, 1995 y 1997).

Siguiendo a Michael Hjerth (Hjerth, 1996), nos gusta describir la TCS como un modelo de terapia caracterizado por tres aspectos: una determinada postura filosófica, una cierta forma de usar el lenguaje, y un conjunto de técnicas que —aún siendo lo más llamativo

Universidad Pontificia de Salamanca

del modelo— no son más que herramientas que traducen y ponen de manifiesto los dos elementos anteriores.

La postura filosófica de la TCS incluye entre sus *premisas* la idea de que los clientes que acuden a terapia disponen de los recursos necesarios para resolver sus problemas, la noción de que el cambio es constante e inevitable, y la idea de que para encontrar una solución no hace falta conocer el problema que se pretende solucionar. Se trata de un enfoque no-normativo, que pretende abordar a cada persona, familia o pareja desde su unicidad, sin imponer criterios externos de normalidad o corrección. Además, evita la patologización de las personas y relaciones, y se centra en sus posibilidades y no en sus posibles déficits o limitaciones. Desde un punto de vista metateórico, desde la TCS se insiste en la idea de la simplicidad, que se refleja en que la teorización e hipotetización se mantiene bajo mínimos, y en la conocida fórmula: «si funciona, hazlo más; si no funciona, haz algo diferente».

En cuanto al *lenguaje* centrado en las soluciones, es un lenguaje orientado hacia las posibilidades y hacia el futuro, que busca crear descripciones concretas, específicas, interaccionales y en positivo de las metas y aspiraciones de los clientes. Además, se promueve constantemente la cooperación con el cliente, al que se trata de ayudar a asumir una posición de control del proceso de cambio. La terapeuta procura estar de acuerdo con sus clientes y escucha con atención su lenguaje, prestando especial importancia a sus objetivos en la terapia. Esta posición del terapeuta incluye también un esfuerzo constante por mantenerse «por detrás» de sus interlocutores, por escucharles con atención y por evitar empujarles en una u otra dirección. La terapeuta nunca instruye a sus clientes o les dice qué deben hacer, sino que intenta ayudarles a dilucidar qué hacer y cómo hacer para conseguirlo.

Las *técnicas* de la TCS incluyen prácticas tan conocidas como las preguntas de proyección al futuro, el trabajo sobre excepciones y el uso de escalas (De Shazer, 1985, 1988, 1991). Básicamente, las sesiones de TCS son conversaciones en las que se trata de hablar acerca de lo que los clientes ya hacen bien respecto de sus problemas (excepciones) y cómo pueden hacer para aplicar estas ideas y conseguir alcanzar nuevas metas en el futuro (objetivos) (ver cuadros 1 y 2). Tras unos 45 minutos de entrevista, la terapeuta se reune con su equipo (o, en ausencia de éste, simplemente se toma una pausa), tras lo cual transmite a la familia un mensaje final que habitualmente incluye elogios (remarcar lo que los clientes están ya haciendo bien) y una o varias sugerencias o tareas.

A nuestro modo de ver, estos tres elementos deben conjugarse a la hora de hacer TCS. Asumir las premisas del modelo sin emplear un lenguaje de posibilidades ni algunas de sus técnicas supone quedarse en el plano de las buenas intenciones y las gran-

Universidad Pontificia de Salamanca

des palabras («los clientes tienen recursos», «todo es posible», «hay que ser positivos»). Y a la inversa: aplicar las técnicas de TCS de forma descontextualizada, sin asumir la filosofía básica de la TCS ni su empleo del lenguaje lleva seguramente a vaciarlas de contenido, y a convertirlas en «recetas terapéuticas» tan estériles como tantas otras.

CUADRO 1

VOCABULARIO BÁSICO
DE TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

PROBLEMA	Se refiere a aquello de lo que la familia (o alguno de los miembros) se queja. Ejemplos: el niño se hace pis; mi hija tiene rabietas; no conseguimos controlar la agresividad de nuestro hijo.
OBJETIVOS	Aquello que la familia quiere conseguir. Consideramos objetivos bien formados aquellos que resultan alcanzables y se expresan en positivo (como presencia de algo en vez de como ausencia de algo), de forma concreta, conductual e interaccional. Ejemplos: que seis de cada siete noches la cama esté seca; que en vez de tener rabietas mi hija pida las cosas por favor y que acepte un «no»; que nuestro hijo juego tranquilo durante al menos media hora.
EXCEPCIONES	Todas aquellas ocasiones en las que el problema no se da, o en las que se produce un avance hacia la consecución de los objetivos. Ejemplos: las noches «de cama seca»; las ocasiones en que la hija aceptó un «no» de su madre; las veces en que el hijo jugó tranquilo.

El trabajo terapéutico con niños y sus familias es una de las muchas posibilidades de la TCS. Sin embargo, a pesar de que se practica en muchos sitios y de que como veremos la TCS parece un modelo especialmente adecuado para este tipo de situaciones, lo cierto es que la literatura al respecto es muy escasa. No existen publicaciones en castellano sobre el tema, y hay únicamente un texto americano —muy reciente— que se ocupa de la cuestión (Selekman, 1997). En la Universidad Pontificia se lleva aplicando la TCS a la terapia familiar con niños desde el año 1989, primero desde el Departamento de Terapia Familiar del Instituto Superior de Psicología Clínica Infantil de la UPSA, y después como parte de la labor asistencial del Master Universitario de Formación de Terapeutas Sis-

Universidad Pontificia de Salamanca

témicos. El objetivo de este artículo es compartir con el lector algunas de las experiencias que hemos reunido en estos ocho años de trabajo centrado en las soluciones con niños y sus familias. No pretendemos ofrecer nada novedoso ya que, como veremos a continuación, entendemos que la TCS es un modelo especialmente adecuado para el abordaje de este tipo de situaciones, por lo que no exige grandes adaptaciones respecto de su utilización con problemáticas de adultos. Sí esperamos proporcionar algunas ideas que puedan resultar de utilidad al lector en tanto en cuanto han mostrado ser útiles en nuestro propio trabajo.

CUADRO 2

PREGUNTAS HABITUALES EN TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES (APLICADAS A NIÑOS)

PREGUNTA MILAGRO	«Supón que esta noche, mientras estáis durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que os han traído aquí se resuelven de forma mágica. Como estás durmiendo no te das cuenta de que pasa este "milagro". ¿Qué cosas vas a notar mañana que te hagan darte cuenta de que ha habido este "Milagro"?».
PREGUNTA POR EXCEPCIONES (una vez descrito el futuro sin el problema)	«¿Cuál es la última vez que han pasado algunas de estas cosas?».
PREGUNTA POR EL CAMBIO PRETRATAMIENTO	«¿Qué mejorías has notado desde que tus papás nos llamaron para pedir una cita y hoy?».
PREGUNTA DE ESCALA	«De 1 a 10, donde 1 sería cuando peor han estado las cosas y 10 sería el momento en que estarán del todo solucionadas, ¿qué nota darías a esta última semana?».
Estas preguntas se hacen a todos los participantes, y las respuestas se van elaborando mediante preguntas sucesivas que tratan de generar una descripción lo más concreta, interaccional y en positivo que sea posible.	

Comenzaremos este artículo defendiendo que se puede usar la TCS en el trabajo con niños sin necesidad de introducir cambios importantes en el modelo, para a continuación describir algunas de las modificaciones que sí hemos encontrado de utilidad. Después describiremos el trabajo con los padres, para finalmente presentar

Universidad Pontificia de Salamanca

algunos datos preliminares de nuestras investigaciones sobre el resultado terapéutico de este tipo de tratamiento.

Tres advertencias previas. Puesto que dar una descripción detallada de la TCS excedería ampliamente los límites de este artículo, renunciamos de antemano al intento y remitimos al lector que desconozca este modelo y desee situarse mejor, a las numerosas publicaciones que existen sobre el tema (de Shazer, 1985, 1988, 1991, 1994; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Beyebach, 1996). Ello nos permitirá centrarnos exclusivamente en lo que de diferencial (o no-diferencial) tiene a nuestro juicio el trabajo con *niños*. Por otro lado, señalar que las ideas que aquí expondremos provienen de un contexto terapéutico muy concreto (el trabajo en un centro clínico ambulatorio y gratuito, de libre acceso para los clientes, y en el marco de un programa de entrenamiento de terapeutas), que tal vez limite su aplicabilidad a contextos y situaciones distintas. Finalmente, subrayar que nuestros comentarios no se refieren a algún tipo de problema o «patología» infantil en concreto, sino a todo el abanico de dificultades y problemas (de los aparentemente más triviales a los posiblemente más graves o preocupantes) por los que una famila puede pedir ayuda en relación con uno o varios de sus hijos: dificultades escolares, miedos, rabietas, situaciones de ansiedad, incontinencia diurna o nocturna, depresión, situaciones de agresividad, etc. En definitiva, en línea con los planteamientos teóricos de la TCS, consideramos que lo que determina el trabajo terapéutico a realizar no es el tipo de problema que presente la familia, sino las características de su interacción con la terapeuta, el tipo de colaboración que se establezca, y las posibilidades de solución que se pretendan establecer.

Algunas creencias sobre los niños y la psicoterapia

Joaquina consultó a principios del año 90 por los problemas de convivencia que estaba teniendo con su familia. Divorciada de su marido hace algo más de medio año, los dos parecían incapaces de mantener una mínima cooperación nisiquiera en los temas tocantes a sus hijos. Joaquina convivía con Manuel, su nueva pareja, un hombre cariñoso y amable que, sin embargo, no conseguía ganarse el cariño de los hijos de Joaquina. María, de 7 años, y Rodrigo, de 10, se mostraban incontrolables en casa y en el colegio, y hacían que Joaquina se sintiera preocupada y culpabilizada. Nacho, de 5 años, era el miembro más joven de la familia. Sentado en uno de los butacones de la sala de terapia, sus pies no llegaban al suelo. Sus ojos pequeños y vivarachos se iluminaron cuando el terapeuta le hizo una pregunta «especial para él».

—Imagínate que esta noche ocurre un milagro, como en las películas, y que los problemas por los que estáis aquí se

Universidad Pontificia de Salamanca

solucionan de golpe, mientras estáis todos durmiendo. ¿Mañana cómo te darías cuenta de que ha pasado este milagro?

A los miembros del equipo, que observaban la entrevista desde detrás de un cristal unidireccional, nos pilló de sorpresa la pregunta de nuestro compañero. Aunque llevábamos ya varios meses experimentando con la «Pregunta Milagro», parecía una irresponsabilidad plantear una cuestión así a un niño tan pequeño. No respondería. Y si lo hacía, pediría sin más que sus padres volvieran a reconciliarse. O que su madre echara a Manuel de casa. Bueno, a lo mejor no había motivo de preocupación; seguramente el niño contestaría cualquier tontería. Al fin y al cabo era la primera vez que iba a un psicólogo...

—Pues está chupao: mi mamá se encontraría a mi papá en la calle y en vez de cambiar de lado de la calle se dirían «hola».

Fue el comienzo de una explicación sorprendentemente precisa en la que Nacho detalló sin vacilaciones el tipo de relación, amistosa y de cooperación, que le gustaría ver entre sus padres. Y fue también toda una lección para nosotros acerca de las posibilidades de trabajar con niños.

La experiencia con Nacho y el resto de su familia nos enseñó algo que hemos ido comprobando una y otra vez a lo largo de los años: que en terapia *los niños son interlocutores tan válidos como los adultos*. Y que son tan capaces como cualquier otra persona de contestar a nuestras preguntas, de plantear sus objetivos para la terapia y de ayudar y colaborar con el terapeuta. (También son capaces, por supuesto, de callarse, dar poca información, o de poner las cosas difíciles; pero esto no es diferente a lo que pasa con los adultos).

Esta historia ilustra además nuestra idea de que la TCS puede aplicarse al trabajo con niños sin necesidad de introducir modificaciones profundas en nuestros procedimientos. Como veremos en la sección siguiente, nos parece aconsejable hacer algunas variaciones menores en nuestras prácticas terapéuticas, pero no consideramos que sea necesario basar toda la terapia en el juego, el uso de muñecas o marionetas, el dibujo, etc. como a menudo se afirma desde enfoques más tradicionales (generalmente de corte psicodinámico) consideran que la psicoterapia es inadecuada para los niños. Los procedimientos más lúdicos y activos (Selekman, 1997) son sin duda recursos potencialmente útiles, que amplían las posibilidades técnicas del terapeuta, pero no nos parecen ni mucho menos imprescindibles. Para que la TCS pueda funcionar en el trabajo con niños es suficiente con tomar en serio a los niños, mostrar respeto genuino por sus opiniones, y adecuar —eso sí— nuestro lenguaje al suyo.

Otra idea que nos gusta mantener es que *«los niños no son de cristal»*, sino que —por el contrario— son capaces de una extraordinaria resistencia incluso ante circunstancias profundamente adver-

Universidad Pontificia de Salamanca

sas. Este concepto, que por lo demás avala la abundante investigación sobre la resistencia («resilience») infantil (para una remisión véanse p. ej. Butler, 1997 y Walsh, 1977), nos parece mucho más útil que la creencia contraria, profundamente arraigada entre legos y profesionales, de que la infancia es ante todo ese momento evolutivo tremendamente delicado en el que se preparan los traumas del futuro. La historia de Fátima ilustra este punto.

Fátima, de seis años, acudió con su madre Latifa a nuestro servicio. Ambas llevaban ya dos años viviendo en Madrid, procedentes de un país del Magreb, pero según contó Latifa en la entrevista conjunta, su hija no terminaba de adaptarse a su nueva situación: con frecuencia, y sin motivo aparente, se escondía en alguna esquina de la casa y prorrumpía en un llanto desconsolado que angustiaba profundamente a su madre. Además, comía muy poco y se mostraba muy retraída. Exploramos con Fátima cuáles eran los cambios que quería ver en su situación:

—Imagínate que esta noche viene un duende, un duendecillo verde, chiquitito y juguetón, y te hace magia. Y todas estas cosas que preocupan a tu mamá se pasan de repente. ¿Qué cosas van a ser diferentes mañana, después de que te haya visitado este duende?

De nuevo, la respuesta de Fátima fue muy elaborada, y nos contó muchas pequeñas cosas que el duende cambiaría: ella hablaría más con su madre, jugarían juntas un rato después del colegio, iría más a menudo a jugar a casa de otras niñas, lloraría mucho menos y su madre no le preguntaría tanto qué le pasa, cantaría más, se llevaría mejor con su profesora... La madre participó también en la conversación y fue añadiendo detalles de ese futuro sin el problema que tratábamos de dibujar.

Después, atendiendo a una petición de la madre, nos quedamos conversando con ella a solas. Y Fátima nos contó una historia terrible, que no había querido recordar delante de su hija, y que nos hizo cambiar nuestra impresión optimista sobre el caso: ella y su hija habían tenido que abandonar su país víctimas de una implacable persecución política que había llevado a la muerte al padre y a un hermano de Fátima, que habían sido salvajemente asesinados. Aunque Fátima no había presenciado directamente el suceso, sí había vivido el ambiente de tensión y brutalidad en el que su familia había pasado los últimos años. Su madre entendía que los episodios de llanto y tristeza de su hija eran reflejo de las penalidades que había sufrido.

El relato de la madre nos hizo pensar que seguramente la terapia sería más larga y complicada de lo que en principio nos había parecido. De todas formas, decidimos concluir aquella

Universidad Pontificia de Salamanca

primera sesión de la forma habitual. Elogiamos a madre e hija por cómo estaban sobrellevando su difícil situación y por cómo se ayudaban la una a la otra, y les pedimos que durante las siguientes dos semanas, hasta la siguiente entrevista, se fijaran en todas aquellas cosas que les hicieran pensar que, en efecto, el duendecillo verde había hecho de las suyas.

Cuál no sería nuestra sorpresa cuando, nada más empezar la segunda entrevista, Fátima nos anunció que había visto al duendecillo correteando por su casa, y que desde entonces, las cosas habían mejorado muchísimo: ya casi no lloraba, pasaba más tiempo con su madre y se divertían más juntas, había vuelto a ir a clases de baile, etc. ¡Esto sí que había sido un «milagro»! Nuestra lectura fue que los pequeños cambios de Fátima propiciados por la entrevista habían sido advertidos por su madre, cuya reacción positiva a su vez había contribuído a que Fátima jugara más y estuviera más alegre, lo que a su vez había fomentado nuevos cambios de Fátima.... Las cosas habían cambiado hasta el punto de que la madre consideró que no hacían falta más entrevistas, con lo que dimos por concluída la terapia. En el seguimiento, dos años después, Fátima nos informó que las cosas seguían muy bien, y que no había sido necesaria la intervención de ningún otro profesional.

Finalmente, señalar que asumimos el punto de vista sistémico de que es útil analizar las conductas *dentro del contexto relacional en el que se dan;* ello supone ver los problemas y sus soluciones no como algo exclusivamente intrapersonal, sino como algo mediado e influido interpersonalmente. Sin embargo, no compartimos en absoluto la creencia de que los problemas que presentan los niños son necesariamente expresión de algún conflicto familiar más o menos oculto. Consideramos que ver las dificultades de los hijos como mero síntoma o expresión de patologías relacionales más profundas (p. ej., como síntoma de un conflicto de pareja entre los padres) es un planteamiento poco útil, cuyo efecto principal es culpabilizar a los padres y poner a los hijos en posición de víctimas, amén de contribuir a alargar la terapia y a complicar la labor terapéutica. Aunque nosotros invitamos habitualmente a toda la familia a las sesiones, no lo hacemos porque consideremos que sea la familia «lo que está mal», sino porque nuestra experiencia es que la presencia de más personas propicia que sea más fácil encontrar soluciones. En otras palabras, nos gusta ver a los padres y otros familiares de los niños con dificultades *como parte de la solución, y no del problema.* Como mostraremos en la última sección de este trabajo, focalizar estrictamente en las dificultades de las que se queja la familia, sin pretender ir «más allá» o mirar «por debajo» de lo que nuestros clientes cuentan, puede ser una alternativa terapéutica perfectamente viable, satisfactoria y económica.

Universidad Pontificia de Salamanca

TCS y niños

Además de considerar que es perfectamente factible hacer psicoterapia con niños, entendemos que esto es especialmente así en el caso de la TCS, un modelo de terapia sencillo y directo que consideramos particularmente adecuado para el trabajo con niños. Y ello por varias razones. Por un lado, porque el énfasis sobre lo positivo y los recursos encaja bien con los niños, por lo general mucho menos interesados que los adultos en hablar de problemas o dificultades. Además, recursos técnicos como la Pregunta Milagro (y sus variaciones, Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994), el trabajo con escalas, o el uso de metáforas se adaptan muy bien al tipo de lenguaje de los niños, cargado de fantasía. Y finalmente el énfasis de la TCS sobre el uso de preguntas no deja de corresponder con las «preguntas, preguntas, preguntas» que los niños suelen hacer. En otras palabras, estaríamos tentados de describir la TCS como un «*terapia pueril*» si no fuera por las connnotaciones negativas que esta expresión podría tener. Digamos pues simplemente que, aunque desarrollada como una psicoterapia para adultos, la TCS parece una terapia especialmente apta para el trabajo con niños. ¡Es más, pensamos que si todos nuestros clientes fueran niños, sería mucho más fácil mantener en nuestras terapias el foco sobre las soluciones!

Algunas cosas a tener en cuenta al trabajar con niños

Aunque en la sección precedente hemos defendido que no es necesario modificar sustancialmente las prácticas de la TCS cuando trabajamos con niños, también es cierto que hemos comprobado que hay algunas cosas que hacemos de modo diferente cuando interactuamos con niños en la sala de terapia. Aunque la mayoría de ellas son muy simples y posiblemente resulten obvias para el lector habituado a trabajar con niños en terapia, haremos una breve revisión con la esperanza de que algunas de ellas puedan ser útiles para otros terapeutas. Téngase en cuenta, de todas formas, que ninguna de estas recomendaciones tiene un carácter general, por cuanto dependen (entre otras muchas cosas) de la edad y el sexo del pequeño: p. ej. parece obvio un niño de seis años se comporta de modo diferente a una niña de diez. Sin embargo, aunque la edad del niño puede servirnos de orientación, la mejor forma de ajustarse a las capacidades y el estilo de cada niño en concreto es estar muy atento al feedback verbal y no-verbal que dé a nuestras intervenciones.

Universidad Pontificia de Salamanca

Nos gusta tener en cuenta las siguientes cosas a la hora de trabajar con niños en TCS:

a) *Definición del contexto y creación de la relación*

La definición inicial del contexto —que en nuestra práctica habitual precede incluso a la fase social y al inicio de la entrevista propiamente dicha— ofrece una muy buena oportunidad de empezar creando relación con los clientes más jóvenes. Cuando los clientes son sólo adultos, la definición del contexto suele consistir en una escueta explicación del terapeuta acerca de las condiciones de trabajo (presencia de un equipo tras el cristal unidireccional, uso de micrófonos e interfono, grabado en vídeo de las sesiones, etc.). Sin embargo, cuando hay niños presentes, no dudamos en alargar esta parte de la sesión y convertirla en una auténtica interacción con ellos. Así, en vez de explicarles cómo trabajamos, les preguntamos a ellos: «¿Dónde crees que están mis compañeros? (...) ¿Cómo nos oyen? (...) ¿Dónde dirías que hemos escondido el micrófono? (...)». Ajustando el lenguaje y el grado de dificultad de las preguntas a la edad de los niños (más como adivinanza si son más pequeños, más como concurso-reto si son mayores) podemos conseguir que desde el primer momento de la sesión participen activamente en la terapia, y que den muestras de su competencia. En otras palabras, a través de una interacción aparentemente insignificante, estamos creando un contexto de colaboración que permite a los niños empezar a asumir un rol de expertos (y no de pacientes, chivos expiatorios o incompetentes).

Del mismo modo, nos gusta alargar y profundizar la fase social al interactuar con niños en una primera entrevista. Mostrar interés por sus amigos, sus aficiones a sus personajes favoritos de la televisión es una buena forma de seguir propiciando un contexto de cercanía y colaboración.

b) «*Los niños son los jefes*»

Con esto no queremos decir que dejemos que sean los niños quienes lleven la sesión ni que actúen a su antojo (¡algo que en ocasiones podría poner en peligro las instalaciones!), sino que consideramos que dar importancia al papel de los niños debe traducirse en el comportamiento del terapeuta también en las entrevistas conjuntas [1]. En nuestro caso, esto significa que habitualmente comenzamos

1 En nuestra forma de trabajar, lo más frecuente es que trabajemos conjuntamente con los padres y los hijos durante la mayor parte de la sesión, y que reservemos una pequeña parte para hablar a solas con el o los hijos y/o con el o los padres, siempre en función de los deseos de unos y otros.

Universidad Pontificia de Salamanca

la primera entrevista preguntando a alguno de los niños presentes (a menudo al más pequeño) y no a los adultos, de forma que no sea la visión de los mayores la que establezca el contexto «correcto» desde el que hablen los pequeños. Además, somos muy celosos a la hora de defender el espacio de los niños para hablar, lo que a menudo implica «parar» a los padres si éstos se adelantan a responder por sus hijos o les quieren dar instrucciones de qué o cómo contestar. Esto implica también, por supuesto, respetar el derecho de los chicos a no contestar si no quieren.

c) *Cuidar el lenguaje*

Seguramente sea el aspecto más a tener en cuenta a la hora de trabajar con niños. Como hemos venido proponiendo más arriba, podemos hacerles el mismo tipo de preguntas y comentarios que hacemos a los adultos, pero nos parece fundamental ajustar al máximo *cómo* los hacemos, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo del niño con el que estamos hablando.

Esto implica en primer lugar adaptar el nivel de dificultad a la capacidad intelectual de nuestros interlocutores (pero sin «rebajar el nivel» excesivamente), empezando por las preguntas más sencillas y pasando después a las eventualmente más difíciles. También implica hacer preguntas lo más concretas posibles, y —con niños muy pequeños— comenzar por preguntas cerradas, fáciles de contestar, para dejar para el final las preguntas abiertas.

En segundo lugar, nos parece útil emplear en lo posible las palabras y expresiones que utilicen los propios niños, aprovechando al máximo sus aficiones e inquietudes. Los personajes de la televisión y los dibujos animados, los cromos, el fútbol... son una fuente potencialmente inagotable de recursos lingüísticos para ajustarnos a la especial visión de mundo de los niños. Y por supuesto, emplear en un momento dado dibujos sobre la pizarra o en un papel es una buena forma de emplear un lenguaje visual que puede ser más claro y más comprensible, en especial para los más pequeños.

Finalmente, hemos encontrado que los niños responden especialmente bien a un lenguaje externalizador (White y Epston, 1989), es decir, un lenguaje que convierte los problemas en una entidad externa al niño, contra la que él puede luchar: «¿Cómo te las arreglas para ganarle esas batallas al pis? ¿Cuándo fue la última vez que la rabia te engañó y consiguió que se te fastidiara todo el día? ¿Qué podrías hacer para no volver a "picar"?».

d) *El terapeuta es el mejor «juguete»...*

Aunque reconocemos la utilidad que pueden tener los juegos y juguetes a la hora de interactuar con un niño en terapia, nos parece

Universidad Pontificia de Salamanca

que en definitiva el terapeuta es el «juguete» más atractivo para el niño. La atención que le prestemos, nuestro interés por su mundo, nuestras bromas o nuestros gestos... todo ello puede ser mucho más interesante para un chiquillo que el recurrir más o menos mecánicamente a una muñeca o a unas pinturas.

e) *...siempre que las sesiones no se alarguen*

Evolutivamente, la capacidad de mantener la atención sobre un asunto determinado se va desarrollando con la edad, por lo que al trabajar con niños hay que tener en cuenta que por lo general se cansan y aburren antes que los adultos. De ahí que sea conveniente que las sesiones con niños sean, por lo general, más breves que las que mantenemos con clientes adultos. De nuevo, la mejor forma de acertar es estar muy atento a las reacciones y respuestas del niño durante la entrevista.

f) *Tareas «para niños»*

Aunque hasta aquí hemos comentado solamente algunas diferencias que se plantean en la forma de conducir la entrevista, hay también algunas recomendaciones generales sobre el tipo de tareas que hemos encontrado útiles en el trabajo terapéutico con niños. A la hora de diseñar las tareas, seguimos los mismos tres criterios que en el trabajo con adultos (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1997): procuramos elegir algo coherente con lo que se ha hablado en la entrevista, que el cliente esté en condiciones de hacer, y que sea lo más sencillo posible. Así, podemos sugerir que la familia se fije en los momentos en que vean que se produce alguna parte del «milagro» que han descrito, que hagan cada día alguna de las cosas de las que han hablado, que se fijen en qué sucede cuando el otro hace X, que sigan haciendo o hagan más lo que han comprobado que funciona, etc. De todos modos, hay algunos elementos que tendemos a añadir a las tareas cuando su destinatario es un niño:

— Puede ser útil incluir un elemento de *secreto:* «Nos gustaría que de aquí a dentro de dos semanas hagas todos los días (...), pero con mucho cuidado de que tu hermano mayor no se de cuenta». «Me gustaría que el próximo día me trajeras todo esto escrito en tu cuadernillo, pero que tus padres no vean que lo apuntas, y el próximo día lo traes escondido para que no se den cuenta ¿vale?». El secreto refuerza la relación del niño con el terapeuta, y es a menudo un elemento motivador.

— El aspecto lúdico puede incluirse convirtiendo las tareas en *juegos* y *concursos,* fomentando la cooperación y/o la competición natural entre los niños. Un ejemplo de esto es cuando pedimos a

Universidad Pontificia de Salamanca

todos los miembros de la familia que, en secreto, escoja cada uno de ellos dos días por semana para simular que se ha producido el «milagro»; además de simular el milagro propio, cada uno deberá «pillar» qué días los demás están haciendo lo propio.

— El empleo de un *lenguaje externalizador* durante la sesión tiene a menudo su continuidad en tareas que incluyen el uso de muñecos, dibujos, figuras de plastilina... Un buen ejemplo de ello es el «ritual para cazar miedos» que describe Michael White, en el que —entre otras cosas— se pide al niño que encierre al miedo (previamente dibujado en sesión) en una caja de zapatos y lo entierre en el jardín.

— Con niños algo mayores, puede resultar útil colaborar desde una posición de un cierto *desafío*... siempre que el terapeuta o el equipo estén dispuestos a dejarse «derrotar» por su pequeño adversario. «Mis compañeros creen que estás equivocado: que aunque lo intentaras, no se te ocurriría cómo sorprender a tu madre todos los días. La verdad es que yo pienso que los equivocados son ellos, pero ya veremos».

— Un aspecto que nos parece importante en el trabajo con niños es que, bien durante la entrevista, bien a través de las tareas, el terapeuta promueva que el niño pueda convocar un *público* para sus éxitos. En ese sentido, nos gusta pedir al niño que ha mostrado cambios y avances que haga una «campaña de publicidad» para que sus familiares, amigos, compañeros de clase, tutores... sepan lo mucho que ha cambiado. El uso de cartas (White y Epston, 1989) puede ser un buen complemento para conseguir este efecto.

El trabajo con los padres

Aunque hemos querido dedicar la mayor parte de este capítulo a discutir el trabajo directo con los niños, no quisiéramos dejar de comentar en unas líneas el que hacemos con los padres. Al fin y al cabo, en el 80 % de los casos infantiles que atendemos en nuestro centro entrevistamos tanto a los niños como a sus progenitores. Y en muchos de estos casos, el trabajo con los padres nos parece tan importante o más que el que realizamos con los infantes. Puesto que entendemos que la modificación de una parte de un sistema (en este caso, el sistema-familia) puede repercutir disparando cambios en el resto, no nos preocupa por dónde (niños vs. padres vs. todos en conjunto) iniciar los cambios; la directriz básica es trabajar más con quien más motivado se muestre, sea un niño, su madre, su padre, algún hermano u otro familiar, o todos a la vez. Por tanto, aunque solemos empezar la terapia con una entrevista conjunta en la que intervienen tanto los padres como el o los hijos, no es infrecuente que en sesiones posteriores veamos sólo a uno o a los dos progenitores.

Universidad Pontificia de Salamanca

Cuando entrevistamos conjuntamente a padres e hijos, tendemos a aplicar sin más las técnicas centradas en las soluciones a las que hemos hecho referencia más arriba. Si conseguimos motivar al niño para la terapia, utilizamos también estas mismas ideas y técnicas. Sin embargo, cuando el niño motivo de consulta no establece con nosotros una relación de «comprador» (es decir, cuando o bien no considera que haya un problema que resolver, o entiende que el problema es de sus padres, y no va con él), preferimos trabajar entrevistando a los padres a solas. En este caso, solemos seguir los siguientes pasos:

1. Tratar de averiguar en qué ocasiones los padres sí han sido exitosos a la hora de ayudar (animar/controlar/educar...) a su hijo, y tratar de establecer qué fue diferente en esas ocasiones. La idea, una vez más, es que los clientes disponen ya de los recursos para superar sus dificultades, pero que debemos ayudarles a que los reconozcan como tales y los movilicen para terminar de superarlas. Este trabajo implica construir excepciones con los padres, e ir negociando los pequeños pasos siguientes que pueden dar.

2. Si el procedimiento anterior no da resultado, si los clientes consideran que los avances son demasiado lentos, o si piden explícitamente orientación o consejo sobre qué pautas de comportamiento seguir, añadimos algunos elementos:

— A veces analizamos el patrón de la queja desde el punto de vista del modelo M.R.I. (Fisch, Weakland y Segal, 1982). En este caso, se trata de identificar qué secuencia mantiene el problema y diseñar una intervención que interrumpa o revierta dicho patrón. Esto supone pedir a los padres algo diferente (y a veces incluso aparentemente paradójico o absurdo) en su interacción con su hijo.

— En otras ocasiones, proporcionamos algunas instrucciones basadas en las ideas de la Modificación de Conducta, pero introduciéndolas de forma centrada en las soluciones (Beyebach y Rodríguez Morejón, en prensa) en función de la situación y los deseos de la familia:

  • la necesidad de que el padre y la madre trabajen verdaderamente en equipo, especialmente en lo que se refiere a mantener la consistencia en premios y castigos;

  • la necesidad de una cierta firmeza y persistencia a la hora de promover cambios en la conducta de los hijos;

  • la conveniencia de centrar las pautas educativas, no tanto en el castigo o la extinción de las conductas-problema, sino en el refuerzo de conductas alternativas;

  • la necesidad de que tanto refuerzos como eventualmente los castigos sean contingentes a las conductas a promover o a disminuir (respectivamente).

Universidad Pontificia de Salamanca

En cualquier caso, hemos aprendido que, por mucho que el grueso de las sesiones de un caso estén dedicadas a elaborar con los padres estrategias más eficaces para ayudar a sus hijos, es conveniente hablar también algunos ratos con éstos. No solamente porque la relación con los padres se crea en buena medida a través de la relación que creamos con los hijos, sino porque por lo general éstos consideran que el psicólogo «tiene que» ver al niño para poderles ayudar. Aunque no necesariamente compartamos esta creencia, si nos parece lo más correcto al menos respetarla.

Otro elemento importante es que los cambios positivos que se vayan logrando, sea mediante la interacción directa con el niño, a través del trabajo con toda la familia, o mediante la orientación a los padres, sean atribuidos en lo posible a *todos* los miembros de la familia y también del sistema relevante (tutores, profesores, amigos...). De esta forma contribuimos a reconocer los méritos de todos los participantes, por pequeños que sean, y consolidamos interaccionalmente los cambios conseguidos.

Algunos datos sobre el resultado de la TCS con niños

Presentamos a continuación algunos datos provisionales referidos a nuestro trabajo con niños, extraídos de un estudio más amplio que está aún en curso de realización y del cual hemos presentado varios informes preliminares a los que remitimos al lector interesado en ampliar la información sobre instrumentos, análisis o resultados (Beyebach y cols., 1996, 1997). La intención de esta última sección es meramente ilustrativa, ya que estamos a la espera de poder ofrecer datos más sólidos en el futuro.

a) *Muestra*

La muestra fue recogida en el centro clínico de la Universidad Pontificia de Salamanca. La población sobre la que se realizó el estudio consta de 125 casos atendidos entre octubre de 1992 y marzo de 1996, primero (1992-1993) en el Departamento de Terapia Familiar del Master en Psicología Clínica Infantil, y después (1993-1996) en el Master de Formación de Terapeutas Sistémicos. Algo más de la mitad de los casos fueron atendidos directamente por los terapeutas formadores, con los alumnos haciendo de equipo tras el cristal unidireccional, y el resto por terapeutas en formación, supervisados desde detrás del cristal por el resto de los alumnos y por los formadores.

Se incluyeron en el estudio todos aquellos casos con los que fue posible contactar en el seguimiento telefónico, que se realizó en dos tandas. Las primera, en la que se contactó con 45 casos, se

Universidad Pontificia de Salamanca

realizó entre los meses de mayo y junio de 1996; la segunda, en la que se contactó con otros 39 casos, entre mayo y septiembre de 1997. Puesto que en muchos casos no se disponía del número de teléfono de los clientes (debido generalmente a la falta o inexactitud de este dato, sólo en tres casos debido a que la familia no tuviera teléfono) se pudo contactar solamente con un total de 84 casos. De ellos, 83 aceptaron contestar por teléfono el cuestionario de seguimiento. Sólo una persona rehusó contestar a los investigadores. De los 83 casos incluidos en la muestra final, 36 son casos con quejas referidas a niños, incluyendo quejas sobre el rendimiento escolar, ansiedad, depresión, problemas de conducta y problemas de relación padres/hijos. Comentaremos aquí los datos referidos a esta submuestra de 36 casos, que por lo demás señalaremos que no son diferentes de los que se obtienen para la muestra total.

b) *Instrumentos*

Cuestionario de valoración de la primera entrevista. Fue completado por jueces independientes que revisaron las grabaciones en vídeo de la primera sesión. El cuestionario recoge:

— La descripción que los clientes hacen del problema (queja).

— Si los clientes informan haber recibido un diagnóstico de otro profesional.

— Si los clientes informan estar tomando medicación relacionada con su problema.

— La lista de objetivos que se acuerdan, generalmente a partir de la «Pregunta Milagro» o similares.

— Si se trabaja o no en sesión el Cambio Pretratamiento.

— El tipo de relacion que los clientes establecen con el terapeuta (de visitante, de queja, de comprador).

— La puntuación en la escala de avance que dan los clientes.

— Una valoración del proceso inter- o intrapersonal que a juicio de los jueces mantiene el problema.

Cuestionario de valoración de la última entrevista. Es completado por jueces que revisan las grabaciones en vídeo de la última sesión. El cuestionario contiene los siguientes items:

— Si los clientes hablan o no en tiempo pasado del problema(s) que motivó la consulta.

— Si los clientes informan haber alcanzado todos o parte de los objetivos que se plantearon en primera sesion.

Universidad Pontificia de Salamanca

— Si, a juicio de los jueces, la queja está resuelta del todo o en parte.

— Si, a juicio de los jueces, han surgido problemas nuevos.

— Si, a juicio de los jueces, se ha modificado el proceso inter- o intrapersonal que en primera sesión consideraron que mantenía el problema.

Cuestionario de seguimiento. El cuestionario de seguimiento consta de un total de doce preguntas que se hacen por teléfono, y fue desarrollado para esta investigación basándose en los cuestionarios utilizados en estudios previos sobre terapia familiar breve (de Shazer y cols., 1986; de Jong y Hopwood, 1996; Riikonen, 1995).

c) *Procedimiento*

Dos terapeutas familiares y una licenciada en psicología realizaron las llamadas de seguimiento en los meses de mayo y junio de 1996 (primera tanda) y entre mayo y septiembre de 1997 (segunda tanda). Se incluyeron en el seguimiento todos los casos de terapias que hubieran finalizado hace al menos seis meses, aunque el promedio de tiempo entre la útlima sesión y el seguimiento se acerca a los dos años. En los casos incluidos en esta submuestra, el interlocutor elegido fue siempre uno de los padres, que además generalmente era el que había hecho la consulta telefónica inicial.

Dos jueces, ciegos a los resultados del seguimiento, revisaron las grabaciones en vídeo de las primeras y últimas entrevistas a fin de poder cumplimentar los cuestionarios correspondientes, así como para determinar el modo de terminación (abandono/mutuo acuerdo). Además, utilizaron las notas de los casos a fin de establecer si el formato de trabajo había sido individual o conjunto. Se consideraba el formato de la terapia como «conjunto» si en al menos la mitad de las sesiones habían participado dos o más personas.

d) *Variables*

Además de las variables obtenidas directamente de los cuestionarios empleados y descritos más arriba, se establecieron dos medidas globales de éxito terapéutico:

Se definen como «*éxito a término*» aquellos casos en los que, en la última entrevista, se dan al menos dos de los tres criterios siguientes (en base al cuestionario de última entrevista valorado por los jueces):

1. Los clientes hablan de la queja en tiempo verbal pasado.

Universidad Pontificia de Salamanca

2. Los clientes informan haber alcanzado todos o parte de los objetivos que se plantearon en primera sesion.
3. Los jueces consideran que la queja está resuelta del todo o en parte.

Se consideran como «no éxito» aquellos casos en los que no se cumplen al menos dos de estos criterios.

Definimos como «*éxito en el seguimiento*» aquellos casos que, en el seguimiento, cumplen las tres condicione siguientes:

1. Se sitúan en «5» o más en la pregunta de escala.
2. Han subido en la pregunta de escala respecto a la primera sesión.
3. Informan que, una vez terminada la terapia, no han consultado con otro profesional por el problema que motivó la consulta.

e) *Resultados*

Para la muestra de quejas infantiles, la media de sesiones es de X = 4.33, con una desviación típica de s = 2.33. El 75 % de los casos requirió 5 o menos sesiones de terapia.

En el 80 % de los casos, el formato de las sesiones fue predominantemente conjunto, y en todos ellos había al menos un miembro de la familia que establecía una relación de «comprador» (De Shazer, 1985) con la terapeuta. Sólo en el 6 % de los casos el niño motivo de consulta estaba medicado psicofarmacológicamente, y en el 8 % tenía un diagnóstico clínico (psicológico o psiquiátrico) realizado por otro profesional.

En primera sesión, el promedio de las respuestas a la pregunta de escala fue de 4.1, pasando en última sesión a 7.4 y en el seguimiento a 7. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

En la última sesión, el 6 % de los casos se situaba por debajo de 5 en la escala, mientras el 70 % de los casos se valoraba en 7 o más. En el seguimiento, estos porcentajes pasaron al 16 % y al 60 %, respectivamente.

La revisión de los jueces independientes permitió establecer que, en última sesión, en el 90 % de los casos se habían alcanzado todos o parte de los objetivos planteados en primera sesión, que la queja aparecía resuelta total o parcialmente en el 64 % de los casos a juicio de los jueces, y que en el 47 % de los casos los niños o sus padres incluso hablaban de ella en pasado. Combinando estos criterios para establecer el éxito a término, el 65 % del total de los casos fueron categorizados como exitosos. Excluyendo los casos de abandono, el porcentaje de éxito sube hasta el 74 %.

Universidad Pontificia de Salamanca

En el seguimiento teléfonico se averiguó que el 84 % de los entrevistados consideraban que el problema se había resuelto total o parcialmente durante la terapia, que a juicio del 85 % la terapia había sido de utilidad, y que sólo un 11 % habían acudido a otro profesional tras la terapia para consultar por el mismo problema. Tomando estos datos en su conjunto, el 74 % de los casos fueron categorizado como exitosos.

f) *Discusión de resultados*

Aunque el diseño del estudio (pre-post sin grupo de control), la desconocida fiabilidad de los instrumentos empleados y lo reducido de la submuestra analizada nos obligan a tomar con gran precaución los datos presentados, hay algunas conclusiones provisionales que consideramos se pueden extraer de este estudio.

Por una parte, remarcar que la mayoría de las familias mostraron avances considerables en la problemática que les había llevado inicialmente a consulta. Así, el grupo en conjunto pasó de situarse en un 4.1 en la pregunta de escala («En una escala de 1 a 10, donde 1 sería el momento en que peor han estado los problemas por los que consulta, y 10 que están del todo resueltos, ¿cómo están ahora las cosas?») a situarse en un 7.4 en la última sesión, con más del 70 % de las familias valorándose en un 7 o más, y sólo un 6 % considerándose «suspendidos». Además, la revisión de las últimas entrevistas permite comprobar que 9 de cada 10 familias avanzaron en la consecución de sus objetivos, y que una parte considerable, o bien hablaban ya de la queja como algo pasado, o habían avanzado en su resolución.

A pesar de que no detectamos apoyo empírico a la idea de la irradiación del cambio tras la última entrevista, lo cierto es que el seguimiento telefónico, realizado hasta tres años después, permite afirmar que en general los cambios conseguidos durante la terapia parecen robustos, por cuanto se mantienen en el tiempo e incluso mejoran la mayoría de los indicadores. Así, el hecho de que sólo uno de cada diez familias necesitase consultar con otro profesional tras la terapia en nuestro centro, y de que más del 80 % de las encuestados considerase útil la terapia y que el problema se había resuelto del todo o en parte durante la misma, nos permite considerar como exitosos a seguimiento tres cuartas partes de los casos atendidos. Por tanto, no se producen apenas fenómenos de recaída o de «sustitución de síntomas».

Finalmente, queremos subrayar que estos cambios se produjeron durante un tiempo en terapia relativamente corto, y con un número de sesiones muy reducido, que en la mayoría de los casos no llega a las cinco entrevistas. Pensamos que este dato proporciona un cierto apoyo empírico a nuestra idea de que la TCS puede ser

Universidad Pontificia de Salamanca

una alternativa viable para el abordaje terapéutico de quejas referidas a niños, y que en muchos casos podría evitar que se someta al niño a terapias costosas y prolongadas. Quisiéramos pensar que todo ello no es más que el reflejo de algo que hemos venido afirmando a lo largo de este trabajo: que tanto los niños como sus familias tienen recursos y posibilidades.

Universidad Pontificia de Salamanca