



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD

MINISTRO DE SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Prof. Dra. Graciela Mabel Reybaud

DIRECTORA GENERAL DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Prof. Dra. Kumiko Eiguchi

COORDINADORA GENERAL RESIDENCIA Y CONCURRENCIA DE PSICOPEDAGOGÍA

Lic. Silvia Dubkin

DIRECTOR HOSPITAL DR. J. M. RAMOS MEJÍA

Dr. Eduardo Seoane

JEFA DE ÁREA PROGRAMÁTICA

Dra. María Teresa Saggio

JEFA DEL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

Dra. Ana Milanino

COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Dr. Leonardo Kogan

COORDINADORA EQUIPO DE PSICOPEDAGOGÍA

Lic. Cecilia Amitrano

JEFA DE RESIDENTES

Lic. Johanna Bustos Sabatini

“Motivación para el cambio: una construcción conjunta que posibilita y orienta la intervención psicopedagógica”

AUTORAS

Lic. Arizmendi, Loreley

Lic. Bence Pieres, Natalia

Lic. Bustos Sabatini, Johanna

Lic. Della Santina, Paula

Lic. Di Ciaccio, Florencia

Lic. Ducros, María Clemencia

Lic. Fedinich, Micaela

Lic. Maseras, Victoria

Lic. Pallota, Vanina

Lic. Pérez Mora, María Belén

Lic. Polledo, Clara

Lic. Saenz Valiente, Flora

Lic. Simaes, Suyay María

Lic. Tawil, Verónica

ÍNDICE

Introducción.....	2
Eje 1: La importancia de la motivación en la clínica psicopedagógica.....	4
Contextualizando la clínica.....	4
Motivación para el cambio.....	6
<i>Factores que inciden en la motivación.....</i>	<i>7</i>
<i>Etapas del cambio.....</i>	<i>8</i>
Repensando el papel de la alianza terapéutica y la motivación.....	11
Eje 2: Cómo y con quién intervenir.....	15
Intervenciones para detectar el grado de motivación.....	15
LUCIANO. ¿Con quién intervenir cuando la familia no está motivada para generar un cambio?..	19
Eje 3: Cómo generar y mantener la motivación.....	24
JOAQUÍN. ¿Cómo podemos intervenir cuando los consultantes no consideran que existe un problema?.....	25
JULIA. ¿Cómo podemos intervenir para aumentar la motivación cuando los consultantes manifiestan cierta disposición para el cambio?.....	30
LIONEL. ¿Cómo podemos intervenir cuando la motivación está influenciada por factores extrínsecos?.....	37
Reflexiones finales.....	42
Bibliografía.....	44

Introducción

Nos encontramos nuevamente con la producción de un ateneo general de la residencia, con la posibilidad de detenernos a pensar y repensar acerca de nuestra práctica clínica. Es esta una oportunidad para intercambiar intereses, ideas y saberes al interior del equipo y comenzar también un recorrido para el esclarecimiento de las inquietudes y desafíos que cotidianamente se nos presentan.

El pensar nuestro quehacer psicopedagógico dentro del Equipo de Psicopedagogía Estratégico Interaccional, nos convoca esta vez a reflexionar acerca de la importancia y la necesidad de trabajar con los padres o adultos responsables de los niños y adolescentes que llegan a consulta. Teniendo presentes los aportes que tomamos de la Teoría Sistémica, no podemos pensar nuestros pacientes sin pensarlos como miembros de un sistema, por lo que no podemos pensar los tratamientos de nuestros pacientes, sin pensar las intervenciones con sus adultos responsables y con los diferentes subsistemas de los cuales forman parte.

En la tarea cotidiana de responder a las demandas por las cuales se nos consulta, creemos importante poder considerar la relevancia que tiene la motivación para generar un cambio. Queriendo dar un paso más, nos preguntamos ¿Cuán importante es la motivación para que se produzca un cambio? ¿Como la concebimos como equipo? ¿Qué factores influyen en ella?

Asimismo, durante nuestro proceso de formación fuimos tomando mayor conciencia de la responsabilidad que nosotras como terapeutas tenemos en relación a este aspecto. ¿Con qué herramientas contamos para generar y mantener la motivación? ¿Cómo la detectamos? ¿Cómo la incluimos en la clínica?

Para comenzar a responder la multiplicidad de preguntas que nos surgen en relación a esta temática, detallaremos brevemente la especificidad de abordaje de nuestro equipo y las características con las que los pacientes llegan, de modo tal que se explicita el marco conceptual desde donde nos posicionamos y el marco contextual donde acontece nuestra clínica.

Luego, tomaremos los aportes de diversos autores en el intento de conceptualizar qué entendemos por motivación para el cambio, y repensar la importancia que le atribuimos como equipo.

Buscaremos comprender y pensar en la motivación de los consultantes, así como también en la del terapeuta y las fluctuaciones que la misma puede tener dentro de un proceso terapéutico.

Nos proponemos ahondar en nuestra responsabilidad como terapeutas. Por lo tanto, nos dedicaremos al desafío de sistematizar, desde la especificidad de nuestro quehacer psicopedagógico, algunas de las intervenciones que consideramos más oportunas para poder detectar la motivación con la que los consultantes llegan y decidir estratégicamente a quien incluir en el espacio terapéutico. Asimismo, aquellas que nos permiten incrementar, sostener o mantener la motivación, siendo estas siempre flexibles, dinámicas y fluctuantes, teniendo en cuenta la multiplicidad de factores que se ponen en interacción con cuestiones subjetivas de cada una de las familias que se acercan al hospital. Para ello tomaremos recortes del trabajo realizado con Luciano, Joaquín, Julia y Leonel, y con los adultos involucrados.

Nos animamos a detenernos y reflexionar sobre nuestro quehacer psicopedagógico y específicamente sobre nuestras intervenciones, las cuales no buscan otra cosa más que acompañar a quienes consultan, estén motivados o no, para generar el cambio que buscan o desean.

La importancia de la motivación en la clínica psicopedagógica

Contextualizando la clínica...

El ser parte del Equipo de Psicopedagogía Estratégico-Interaccional nos brinda la posibilidad de formarnos, mientras cotidianamente intentamos dar respuesta a la demanda de pacientes que concurren al Área Programática del Hospital Ramos Mejía. Éstos son derivados en su gran mayoría por los Equipos de Orientación de los Distritos Escolares III y VI, así como también, por otros profesionales del hospital, dentro de los cuales se encuentran fonoaudiólogos, psicólogos, pediatras, psiquiatras, neurólogos, entre otros.

Otra fuente de derivación es el mismo equipo de psicopedagogía, quien dentro del Programa de Salud Escolar lleva a cabo una prueba de screening, con el objetivo de realizar una detección precoz de niños en riesgo de presentar dificultades de aprendizaje.¹

Para el ingreso formal de los pacientes al área, es necesario que el pedido pase por el Comité de Admisión, conformado por un equipo interdisciplinario. En esta instancia, los profesionales atenderán la demanda, y decidirán cuál será la disciplina más pertinente para dar respuesta a ella. En el caso que se necesite de atención psicopedagógica, se determinará al interior del Equipo quiénes serán las profesionales encargadas de iniciar un proceso diagnóstico.

Para poder explicitar la modalidad de abordaje que se lleva adelante en esta sede, es que consideramos necesario contextualizar los problemas con los que nos encontramos en la práctica cotidiana. Entendemos que la gran diversidad de dificultades que presentan los niños, pueden pensarse como problemas cognitivos, interaccionales, o mixtos. En la mayoría de los casos, nos encontramos con niños que padecen problemas de orden mixto, a los cuales se suman características propias de los contextos desfavorecidos dentro de los cuales los mismos están insertos: dificultades socio-económicas, conflictos familiares y vinculares, ambientes carentes de estímulos o bien, sobre estimulantes.

¹ Arizmendi, L., Tawil, V.(2013), Trabajo de Inserción: “*Screening psicopedagógico: un puente entre Salud y Educación*”. Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.

Para abordarlos nos nutrimos de diversos aportes teóricos que sustentan nuestras intervenciones, como la Psicología Cognitiva, la Neuropsicología y la Teoría de Aprendizaje de Vygotsky en el caso del abordaje de los problemas de aprendizaje, y la Teoría Sistémica para los aspectos relacionados con dificultades interaccionales.

Asimismo, sostenemos que lo más pertinente es intervenir con aquel miembro del sistema que se muestre más motivado, y que a su vez, tenga mayor jerarquía para poder resolver el problema. De esta manera, dichas intervenciones buscan lograr un cambio tanto en el niño, como en su sistema interaccional, ya que consideramos fuertemente que uno no puede realizarse sin el otro.

Entonces, en nuestro quehacer psicopedagógico, intervenimos con el niño, así como también con los adultos involucrados en la vida del mismo. Por ello, creemos oportuno aclarar que al hablar de consultantes, nos referiremos a los padres, docentes y/o adultos responsables del niño por el cual se consulta.

Dentro de las diversas etapas del proceso terapéutico, nos encontramos muchas veces con interrogantes respecto al grado de motivación de los consultantes, desencadenados por ejemplo, por inasistencias, adherencia al tratamiento, cambios que acontecen en las familias, entre otros. Repensando al interior del equipo, creemos que esto se debe, por un lado, a la importancia que se le da a este aspecto dentro del modelo en el cual nos apoyamos. Y por otro, sostenemos que se debe a las características propias de los pacientes que llegan al Área, específicamente por “ser derivados por otros”.

En la generalidad de los casos, los pacientes llegan al Área junto a sus padres, pero sin ser ellos siempre quienes realmente consideran que hay un problema. Como venimos mencionando, son otros profesionales o docentes, quienes consideran pertinente la realización de la consulta. Nos encontramos en algunos casos con padres que están de acuerdo con ello, y en otros, con padres que tan sólo cumplen con la indicación. *¿Cómo repercute esto en el grado de motivación que tengan en relación a la consulta? ¿Debemos contar siempre con padres motivados, o de lo contrario, podemos trabajar en conjunto con los docentes y otros profesionales involucrados, cuando son ellos quienes se encuentran preocupados frente a un problema?*

Creemos importante ya desde el comienzo del proceso, poder pensar y pesquisar, cuál es la disposición con la que los padres llegan y qué grado de motivación tienen para poder realizar un cambio. Porque justamente consideramos que desde allí partirán nuestras primeras intervenciones, desde allí decidiremos con quiénes trabajar, desde allí estableceremos los objetivos del espacio terapéutico.

Asimismo, nos encontramos cotidianamente con las dificultades de nuestros pacientes y sus familias de poder sostener los procesos de diagnóstico y tratamiento. Siendo conscientes y contemplando la multiplicidad de variables individuales, familiares, contextuales que pueden afectar la adherencia, también nos preguntamos, *¿Existe una relación entre la adherencia y la motivación? ¿Cuál es nuestra responsabilidad como terapeutas en todo esto?, ¿Cómo favorecer con nuestras intervenciones la motivación para el cambio? ¿Cuáles son nuestros límites?*

Motivación para el cambio

Como se mencionó anteriormente, en nuestro quehacer cotidiano, nos nutrimos de diversos aportes teóricos dentro de los cuales la "motivación" o el "estar motivado" resultan de gran importancia para poder generarse un *cambio*. Asimismo, hacemos uso del término *motivación* en distintas oportunidades, ya sea para decir algo en relación a una familia, o de algún miembro de la misma, como así también para mencionar algo del propio terapeuta en relación a un paciente o a su familia. Consideramos por ello oportuno en este primer apartado, poder detenernos a pensar y reflexionar sobre un concepto, una variable, un aspecto tan importante y necesario a tener en cuenta en los consultantes, así como de uso tan cotidiano en nuestro modo de hacer clínica: *la motivación para el cambio*.

¿Qué entendemos por motivación para el cambio? ¿Por qué es tan relevante en un proceso terapéutico? ¿Desde dónde incluirlo en una consulta psicopedagógica?

“Entendemos motivación como disposición a: es decir, un estar dispuesto a realizar ciertas acciones tendientes a lograr algo que se busca o desea” (Hirsch, H.; Rosarios, H.: 1987, pág.55)

Por otro lado, Miller y Rollnick (1999, pág.37) la definen como *“el estado de disponibilidad o deseo de cambiar”*.

Consideramos que ese *“algo que se busca o desea”* de la primera definición está íntimamente relacionado con el *“deseo de cambiar”* de la segunda. De este modo, ambos conceptos, motivación y cambio están íntimamente relacionados, de tal forma que nos resulta difícil pensarlos de manera separada.

Frecuentemente nos encontramos que éste *algo que se busca cambiar* proviene de los padres o de los docentes de los niños. En general, está relacionado con la situación escolar, con el rendimiento académico, con actitudes que afectan de alguna manera la trayectoria escolar (sean relacionadas con la desatención en clase, en algunos casos, o desinterés frente a la lectura en otros, por mencionar algunos ejemplos), dificultades de conducta o de índole vincular del niño por el cual se consulta, considerados como un problema.

Factores que inciden en la motivación

Ahora bien, este estado de disponibilidad o deseo de cambiar puede estar influenciado por múltiples factores. A la hora de pensar o intentar sistematizar algunos de ellos, sin intención de reducirlos, nos animamos a agruparlos en factores intrínsecos y extrínsecos.

Los factores intrínsecos hacen referencia a condiciones internas al sujeto, a aspectos personales como por ejemplo, cuáles son las vivencias que tiene respecto al problema por el que consulta, su nivel de preocupación, qué es aquello que lo lleva a consultar en este

momento, la etapa del cambio en la que se encuentra, sus experiencias terapéuticas y consultas realizadas con anterioridad, sus expectativas, entre otros.

Dentro de los factores extrínsecos, se pueden ubicar las condiciones externas al sujeto, aquellas relacionadas a su contexto tanto familiar, como a sus redes de apoyo, sistemas en los que está inserto, instituciones de las que forma parte, situación socioeconómica, posibilidad de acceso al tratamiento, opiniones y creencias de otras personas significativas, entre otras.

Resulta necesario considerar que existe una constante y dinámica interacción entre ambos factores poniéndose en juego, no sólo los que influyen actualmente sino también aquellos que tuvieron lugar a lo largo de la historia del consultante.

Dentro de los factores intrínsecos, nos gustaría detenernos en uno de ellos, el cual consideramos significativamente relevante a la hora de pensar su influencia sobre la motivación. Éste es, la etapa del cambio en la que se podrían encontrar los consultantes al momento de hacer la consulta.

Etapas del cambio

Prochaska y DiClemente (1982) describen diferentes etapas o estadios por los que atraviesa una persona en el proceso de cambio de un problema, ya sea por sí misma o a partir de la ayuda del terapeuta. Tomaremos sus aportes sobre el tema. En primer lugar, grafican estas etapas como una rueda. El hecho de que sea un círculo, refleja la realidad de que en cualquier momento del proceso de cambio de una persona, ella gira alrededor del mismo varias veces antes de alcanzar un cambio estable.

Por otro lado, Hirsch (1987) propone pensar la motivación no como una característica del paciente fija e inmutable, sino *variable, fluctuante*. De este modo, en los distintos momentos del tratamiento ésta puede aumentar o disminuir, puede variar la calidad, como así también, tomar una dirección u otra.

El punto de inicio en este proceso es la etapa de *Pre-contemplación*, en donde el consultante (en nuestro caso, como aclaramos anteriormente, los padres o adultos responsables del niño) no considera que tenga un problema, no es consciente del mismo y aún no siente que necesite introducir un cambio en su vida (Miller, W. & Rollnick, S., 1999, pág. 38).

Retomando las características propias con las que describimos anteriormente la llegada de los pacientes y sus padres al Área Programática, es probable que muchos de los consultantes se encuentren en etapa de pre-contemplación en cuanto a su proceso de cambio.

A modo de ejemplo presentamos el siguiente recorte:

El padre de Julián (derivado por el EOE por “dispersión constante, dificultades de aprendizaje y de conducta”) en la primera entrevista refiere: *“Yo lo veo bien a Julián. Es más grande que los demás físicamente y juega y los nenes lloran. Estamos acá por lo que dice la escuela pero no estoy de acuerdo con la maestra, con lo que dice de la conducta de Julián.”*

Puede observarse, que el padre de Julián no considera que su hijo tenga un problema, sino que llega a la consulta solamente por la derivación que realiza la escuela, sin estar de acuerdo con la misma.

La siguiente etapa del proceso de cambio es la de *Contemplación*. La mamá de Lionel (de 9 años) al momento de la consulta manifiesta: *“Me doy cuenta que si no lo ayudo en sus tareas no las hace, tengo que estar encima y atrás para que las haga y eso a la larga va a ser un problema para mí porque estoy siempre ocupada y no siempre puedo, y a veces no entiendo bien como ayudarlo. No tiene independencia, no tiene carácter, esto es culpa mía. También sé que el tema de que Pedro duerma conmigo en la cama no ayuda a su independencia pero lo sigo haciendo porque para mí todavía es chico.”*

En esta etapa aparece la toma de conciencia, donde el consultante considera y rechaza el cambio a la vez, oscilando entre las razones para cambiar y para continuar de la

misma manera. En otras palabras, la persona reconoce tener un problema, se muestra más receptivo a la información en cuanto al mismo y las posibles soluciones, aunque vacila en cuanto al momento de iniciar el cambio, dudando aún sobre sus beneficios.

A la etapa de contemplación le sigue una instancia de determinación, en la cual los consultantes estarían preparados para la acción habiendo dado algunos pasos en pos del objetivo. Este momento, que en el equipo identificamos como *Preparación para la acción*, refleja un buen grado de lo que entendemos por motivación. Los papás de Lucas, quien asiste a 3° grado, llegan derivados por fonoaudiología, ya que el niño presenta dificultades en la adquisición de la lectoescritura. En la primera entrevista los padres manifestaron una gran preocupación debido a que: *“Lucas no conoce los nombres de las letras y el resto de sus compañeros sí, quiere aprender pero no le sale. Hay algo que anda mal, no entendemos pero estamos dispuestos a hacer todo lo que sea necesario para que Lucas aprenda pero ya no sabemos cómo. Ya hicimos todo lo que estaba a nuestro alcance pero necesitamos ayuda.”*

En el estadio de *Acción* el consultante se implica en las acciones que lo llevarán a un cambio en función de modificar el problema que desea resolver. Es el momento en el que se hacen más evidentes los pasos que se toman, con el objetivo de lograr el cambio. De esta manera, los consultantes inician activamente la modificación de las conductas que mantienen el circuito disfuncional promoviendo que el problema se sostenga. Algunas de las acciones llevadas a cabo por la familia de Lucas se relacionaban con el compromiso que se reflejaba en una muy buena adherencia al tratamiento, como así también en la implicancia en el tratamiento fuera de sesión, al realizar juegos y actividades propuestos por la terapeuta para afianzar el aprendizaje de la lectoescritura.

La última etapa es la de *Mantenimiento*, en la que el consultante se esfuerza por sostener los cambios logrados a través de la modificación del estilo de vida, integrando estos cambios a su rutina. La generalización de las estrategias aprendidas y la aplicación de ellas en la vida cotidiana, daría cuenta de esta etapa. En un momento dado del tratamiento, la madre de Manuel manifiesta: *“Como tienen que cerrar las notas en la escuela esta semana, Manuel tuvo un montón de pruebas. Yo me acordé de lo que hablamos acá, de que no me tengo que desesperar y entonces armé con él un calendario para estar organizados, nos*

servió un montón y lo pegamos en la heladera. Igual él tiene el suyo que se lo enseñó a usar Lucía (terapeuta) y con eso se arregla bien hace bastante”.

Hasta el momento, dentro de los factores que intervienen en la motivación, nos detuvimos a pensar en la importancia que le otorgamos a poder identificar en qué etapa del cambio se encuentran las personas que consultan, tanto en el inicio del proceso terapéutico como durante el mismo. Avanzaremos ahora sobre las intervenciones que realiza el terapeuta y cómo éstas intervienen en la motivación del consultante. Pero antes, como introducción al tema, consideramos pertinente presentar brevemente el concepto de alianza terapéutica y la relación que ésta mantiene con la motivación para el cambio.

Repensando el papel de la alianza terapéutica y la motivación

En palabras de Hirsch la motivación es un concepto interaccional que constituye un circuito. En éste, *“las acciones del terapeuta pueden disminuir o aumentar la disposición del paciente, en cada caso y en cada momento”* y *“esto también es cierto en sentido inverso”*, las acciones del paciente pueden aumentar o disminuir la disposición del terapeuta (Hirsch, H.; Rosarios, H.: 1987, pág.56).

Siguiendo la línea de Miller y Rollnick (1999) y considerando que la motivación no reside solamente dentro del sujeto sino que también depende del contexto, la misma podrá verse afectada por las relaciones entre la persona y el ambiente, en nuestro caso por la relación entre el paciente y el terapeuta. Por lo tanto, para poder pensar qué acciones y cómo las mismas inciden en el circuito motivacional antes mencionado, creemos primordial desarrollar la relación paciente-terapeuta constitutiva de todo proceso terapéutico.

Nos preguntamos entonces: *¿Qué lugar ocupamos como terapeutas dentro de este circuito?*

Dentro del marco de la relación terapéutica se ha brindado especial atención al concepto de *alianza terapéutica*. Entre los autores de mayor influencia, Bordin (1979) utiliza

este término para explicar la relación terapéutica, en la que el paciente y terapeuta trabajan en común acuerdo y armonía. Plantea la alianza terapéutica como un prerrequisito para el cambio y la define como un constructo multidimensional conformado por tres componentes interdependientes: acuerdo en las tareas, acuerdo en las metas y un vínculo positivo. Refiere que la eficacia de la alianza terapéutica dependerá del nivel de acuerdo y la calidad del vínculo que se establezca entre ambos.

Consideramos respecto a este concepto, que la relación terapéutica sería el terreno propicio para que las intervenciones permitan la expresión, comprensión y modificación de los significados disfuncionales. Destacamos la importancia de que exista una constante y dinámica “negociación” entre paciente y terapeuta acerca de las metas y tareas que se llevan cabo a lo largo del proceso terapéutico. Este aspecto hace referencia a un concepto central utilizado en el equipo: *la co-construcción*.

“El consultante trae una visión, y cada uno de los otros miembros del sistema otra. Co-construir el problema es -desde el terapeuta- editar las versiones hasta que haya suficiente correspondencia o complementariedad entre ellas. Si todo sale bien habrá una versión sobresaliente sobre el problema, la del o los consultantes principales, que encaje con la del terapeuta. Dicho de otro modo, un cierto consenso a partir del cual avanzar hacia los diagnósticos y las soluciones” (Casabianca, R & Hirsch, H., 2009, pág. 35)

Desde este concepto, la co-construcción implica llegar de manera conjunta a un consenso sobre cuál va a ser el motivo de consulta o problema que se quiere resolver, cuáles van a ser las metas o aspectos puntuales que se intentarán ir modificando y cuáles van a ser las nuevas soluciones que se llevarán a cabo para avanzar hacia la consecución del objetivo terapéutico fijado como adecuado.

Entonces surge el interrogante *¿Qué supone una buena relación terapéutica?*. Si pensamos que la relación terapéutica es el terreno propicio para que las intervenciones sean efectivas *¿Qué actitudes por parte del terapeuta favorecerían este vínculo?*

Creemos que un buen proceso terapéutico requiere que los pacientes perciban a sus terapeutas como empáticos, con una actitud no crítica y congruente. Al iniciar el tratamiento, el terapeuta debe enfocarse en el desarrollo de una relación cálida, segura y de aceptación (Gómez, B. ,2010).

Dentro de las actitudes del terapeuta, destacamos la *empatía*, la cual consideramos fundamental y que orienta a comprender a la otra persona en términos de su propio marco de referencia. La empatía es la base para entender qué piensa o siente el paciente y constatar si éste percibe y comprende lo que el terapeuta comunica. De esta manera, el terapeuta experimenta resonancia con el paciente, y ambos adoptan una mirada común frente al problema. Podríamos expresar entonces, que la empatía terapéutica es un factor fundamental que favorece la motivación para el cambio.

Pensamos que cuando el terapeuta responde a las preocupaciones del paciente y las reformula de forma tal que las clarifica, favorece el acuerdo de los objetivos del tratamiento y da lugar a un proceso compartido de toma de decisiones. A lo largo del tratamiento, el mismo debería poder lograr un equilibrio entre su capacidad de contener la emocionalidad del paciente y la de registrar su propio estado emocional y sus efectos en la relación. La atención y la percepción constante por parte del terapeuta es la que lo orienta a ir ajustando sus propias actitudes. Por lo tanto, la mejor actitud es aquella más apropiada para cada paciente y contexto terapéutico.

Consideramos fundamental que para llevar a cabo un proceso terapéutico efectivo, resulta importante que el terapeuta mantenga con el paciente una *relación cooperativa*. Asimismo es responsable de generar un espacio común para establecer objetivos que constituyan responsabilidades compartidas, como así también, de ajustarlos y revisarlos constantemente a lo largo del proceso terapéutico.

El considerar la motivación como parte de un circuito y al *terapeuta como un facilitador*, nos impulsa a estar atentas para poder ir registrando en cada momento el grado de motivación del paciente y de los consultantes, como así también cómo la motivación

varía durante todo el proceso terapéutico, y las repercusiones que tienen nuestras intervenciones en la variación y fluctuación anteriormente mencionadas.

Por lo tanto, luego de haber introducido el concepto de alianza terapéutica como marco en el que se establece la relación entre el terapeuta y el paciente, desarrollaremos, en primer lugar, las intervenciones que llevamos a cabo con el fin de conocer y detectar el nivel de motivación de los consultantes; en segundo lugar intentaremos dar cuenta de cuáles son aquellas intervenciones que realizamos para generar y mantener la motivación de los mismos.

Cómo y con quién trabajar

Intervenciones para detectar el grado de motivación

La consulta psicopedagógica se inicia con una entrevista a los padres², con el objetivo de comenzar un diagnóstico de la situación. Ésta resulta de vital importancia, ya que consideramos que las conductas y representaciones que los adultos tienen acerca del niño y de su relación con él, influyen en las percepciones y sentimientos del mismo.

Hay ciertos aspectos de esta primera entrevista que están estrechamente vinculados con la intención de percibir el nivel de motivación del consultante y la etapa del cambio que está atravesando. Estos son: la queja inicial, el por qué ahora, la meta mínima, que quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema, la co-construcción del motivo de consulta.

A lo largo de este apartado, desarrollaremos estos aspectos y los ejemplificaremos con recortes clínicos, con el fin de dar cuenta acerca de cómo conocemos el nivel de motivación de los consultantes.

Ante todo como psicopedagogas buscamos establecer un vínculo empático con los padres. Para esto, propiciamos que al finalizar cada entrevista vivencien la sensación de haber sido comprendidos respecto a su particular punto de vista, conductas y sentimientos como así también en relación al problema por el que consultan. Esto implica un desafío, como terapeutas, en el intento de observar la situación desde su perspectiva, para así poder comprenderlos.

² En el equipo utilizamos como guía en este primer encuentro el modelo de entrevista propuesto por Hirsch y Casabianca (1989), adaptado a la práctica psicopedagógica. Este instrumento permite seleccionar lo significativo en relación a la problemática escolar por la que se nos consulta. (Ateneo General de la residencia de psicopedagogía (2013), *“Intervenciones con padres”*. Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.)

Consideramos importante poder comprender qué fue lo que motivó la consulta y las razones que los llevaron a realizarla en este momento. Sabiendo que muchas veces vienen derivados, resulta fundamental saber si los padres acuerdan con la necesidad de una consulta psicopedagógica, o si por el contrario, asisten sin estar convencidos de la necesidad de realizarla; ya que esto brinda indicios, como se mencionó anteriormente, del nivel de motivación y de la etapa del cambio en la que se encuentran.

Algunos de estos indicios pueden empezar a vislumbrarse en el primer contacto que realizamos con los consultantes en la pre-entrevista: facilidad o dificultad para acordar un horario, urgencia en concretar la cita, si se sorprenden o no frente al llamado o cuentan con algún tipo de información previa al respecto, entre otras cuestiones. Llegado el día de la entrevista, en relación a esto podemos observar: si asisten a la consulta o no, si son puntuales, y en caso de ausentarse si lo hacen con previo aviso.

Durante el primer encuentro con los consultantes, las primeras verbalizaciones que se llevan a cabo acerca de lo que les preocupa de su hijo, nos permiten empezar a detectar qué tan motivados están para cambiar. Llamamos a estas verbalizaciones *“Queja inicial”*.

Los padres de Joaquín durante la primera entrevista ante la pregunta *“¿Qué les preocupa de su hijo?”*, manifiestan: *“No hay nada que nos preocupe”*.

La mamá de Gustavo refiere como queja inicial: *“No presta atención, no puede hacer la tarea solo, no quiere hacerla, todavía le cuesta leer y escribir y ya está en tercer grado...”*

En estas dos viñetas se ponen de manifiesto los diferentes niveles de motivación que tienen estos consultantes. En el caso de los padres de Joaquín, no presentan ninguna preocupación o padecimiento respecto de su hijo, aún no han visualizado el problema. Podemos decir que aparentan estar en la etapa de pre- contemplación. Cabe aquí aclarar que, en estos casos, resulta difícil atenerse al esquema de la “primera entrevista”, por lo que

se suele apelar a la “entrevista motivacional”³. A diferencia de la primera viñeta, en la segunda la mamá de Gustavo refiere como queja inicial varias preocupaciones. No podremos saber aún si está motivada para cambiar, pero sí podemos vislumbrar que ha empezado a percibir “algo” del problema. No todo aquello sobre lo cual el consultante se “queja”, está motivado para cambiar.

Cuando preguntamos “¿Por qué consulta ahora?” se pretende explorar el motivo por el cual se desencadenó la consulta en ese momento y no en otro. En nuestro equipo suele suceder que el momento de la consulta viene incentivado por el EOE u otro profesional que atiende al niño. Sin embargo, hay ciertas ocasiones en las que los padres logran expresar su deseo de haber consultado antes. Cuando se le pregunta a la madre de Fernando: “¿Por qué consulta ahora?”, ella expresa: “Recién ahora la escuela me mandó el papelito para venir. Yo desde principio de año veía que Fernando no prestaba atención cuando hacíamos las tareas en casa...”.

Esta pregunta nos permite determinar el nivel de urgencia y de motivación para el cambio. Asimismo, permite focalizar y contextualizar la consulta en tiempo y espacio. En el caso de Fernando, podemos identificar que aunque la madre vino derivada por la escuela, ella manifestaba una preocupación previa, lo que indicaría cierto grado de motivación para realizar la consulta.

Una pregunta que nos permite registrar el nivel de influencia del problema en la vida cotidiana, se refiere a qué inconvenientes o situaciones secundarias surgen a partir de la problemática: “¿Qué hace o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema?”. Nos permite conocer aquellas cosas que los padres hacen por obligación o por estar impedidos de hacer como consecuencia del problema. Esta pregunta es a su vez, motivadora para el cambio, ya que le permite al consultante pensar acerca de las ventajas y desventajas de que el problema se resuelva.

³ La entrevista motivacional “se trata de una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas (...) Resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio.” (Miller, W. & Rollnick, S., 1999, p.80)

Estela, la mamá de Luciano cuenta: *“Cuando Luciano se enoja le agarra el ataque. La otra vez estábamos en el Parque Centenario, se peleó con el hermano y estuvo desaparecido durante dos horas. Estuvimos buscándolo como locos. Yo ahora no puedo ir más al parque.”* En este caso, podemos suponer que la posibilidad de ir al parque motivaría a Estela a intentar algo diferente en relación al problema, es decir, podría *“traccionarla”* en dirección al cambio.

Es importante conocer lo que los consultantes han realizado hasta el momento para ayudar a su hijo y los resultados obtenidos, es decir, las soluciones intentadas, ya que la intensidad con que se trata de resolver el problema, puede ser una medida del interés del consultante en resolverlo.

Cabe destacar que el hecho de haber realizado muchos y variados esfuerzos puede ser ambivalente ya que los padres pueden sentirse *“cansados y frustrados”* o pueden encontrar en estos fracasos su motivación para consultar y permanecer permeables al tratamiento.

Otra de las intervenciones que nos proponemos en este momento, se relaciona con intentar co-construir una meta mínima con los consultantes, un cambio mínimo observable que les permita considerar que el problema ha comenzado a solucionarse. Que sea una modificación pequeña y observable en términos conductuales, implica que haya altas probabilidades de poder cumplirla y esto alienta generalmente a ir generando nuevos cambios. Es por esto que consideramos importante el hecho de observar alguna modificación en relación al problema, ya que disipa el sentimiento de frustración que los padres muchas veces traen al momento de consultar.

Consideramos estos aspectos de la primera entrevista fundamentales para conocer el grado de motivación del consultante y pensar a partir de allí nuestras intervenciones.

LUCIANO. ¿Con quién intervenir cuando la familia no está motivada para generar un cambio?

En el marco de la Psicopedagogía Estratégico Interaccional, consideramos fundamental prestar especial atención a la elección de cómo y con quién trabajar.

En cada consulta concebimos cuatro subsistemas involucrados: subsistema niño; subsistema padres; subsistema docentes/escuela/E.O.E.; subsistema profesionales de otra especialidad. Teniendo en cuenta las características de cada uno, nos preguntamos quién es el miembro más preocupado por el problema y quién tiene más poder, en el sentido de jerarquía, para hacer algo respecto al mismo.

Es sabido que el que más afectado se sienta por el problema, es quien estará en mejores condiciones de colaborar en su resolución ya que será el más motivado.

Los padres son, en general, las personas con mayor influencia y jerarquía para realizar una intervención en relación con el niño, están siempre involucrados en cualquier situación que se refiera a la vida de su hijo y en la mayoría de los casos, son ellos quienes los traen a sesión.

Hay algunas situaciones en que intervenimos con otros adultos significativos para el niño, como la tía o la abuela. Esto puede deberse a que son ellas las personas que pasan más tiempo con el niño, las que comparten con ellos la realización de las tareas escolares o bien, las que están a cargo de la crianza. Suele suceder que no siempre el subsistema padres es el que en mejores condiciones esté para realizar un cambio, sea por la etapa del cambio en la que se encuentren, sea por su nivel de motivación o sea por las posibilidades con las que cuentan para realizar algo diferente de lo que venían intentando.

Quisiéramos compartir un recorte de un caso clínico que refleja con claridad este aspecto que venimos desarrollando acerca de la elección de con quién intervenir.

Luciano tiene 10 años. Llegó derivado a Psicopedagogía en Agosto por el Equipo de Orientación Escolar, por presentar “dificultades de aprendizaje, dificultades de conducta y problemas familiares”.

La profesional que efectuó la derivación describió al respecto: *“No hay acceso a la lecto-escritura espontánea. Se niega a copiar y efectuar las consignas. Se escapa del aula o*

se aísla. En las materias artísticas se muestra muy interesado y participa bastante, siempre que no esté enojado. Cualquier frustración, por más mínima que sea, lo enoja”.

A partir de esta situación, citamos a la madre de Luciano, Estela, para tener una primera entrevista.

El motivo de consulta co–construido con la terapeuta se relacionó con los problemas de conducta del niño. Como ejemplos concretos de esto contó que Luciano si se peleaba con alguien se escapaba.

“El año pasado en el Parque Centenario se enojó con el hermano, se escapó y estuvo desaparecido una hora. Cuando nos fuimos de vacaciones pasó lo mismo, se fue y estuvimos todos buscándolo”. Agregó que: “En la escuela no hace gimnasia porque no lo eligen primero para formar parte de un equipo o porque los compañeros no le pasan la pelota, entonces se encapricha, se enoja y no deja que siga la clase”. Estela cree que su hijo es super inteligente pero en el estudio se vino abajo. Manifestó: “Empezó con todas las pilas 1° grado”.

Como soluciones intentadas Estela refiere haberle hablado, gritado y “muy en extremo” le dio un chirlo.

Debido a que Estela fue poco expresiva no fue fácil reconstruir la historia familiar. Lo que pudimos conocer de ella es que sufrió maltrato por parte de su madre adoptiva, tuvo problemas con el consumo de sustancias y estuvo a cargo sola de la crianza de sus hijos mellizos. Sus faltas al espacio psicopedagógico eran recurrentes y cuando asistía lo hacía con desgano, lo que nos hacía pensar que su nivel de motivación era bajo. Fue difícil contar con ella para formar una alianza terapéutica.

Se mantuvo un contacto fluido con la escuela de Luciano simultáneamente a que él asistía a la evaluación diagnóstica. La maestra de grado se mostró muy preocupada porque cuando lo retaba al niño éste le decía gritando que lo mate, que se quería morir. También contó que Luciano se ausenta seguido y que es frecuente que llegue tarde. Comunicaron la decisión de reducirle la jornada debido a sus problemas de conducta y a sus “ataques de ira” en los que no lastimaba a nadie pero rompía todo lo que veía.

En un determinado momento del proceso, Luciano dejó de asistir a consulta. Dimos aviso a la escuela y nos informaron que formaría parte de un grado de nivelación, ya que en el grado común con muchos compañeros no era posible regular su conducta. Creyeron que

un grupo reducido era la mejor opción para abordar las situaciones en que Luciano se enojaba y presentaba conductas de riesgo.

Estela se acercó espontáneamente al Equipo de Psicopedagogía para solicitar un turno. Se mostró en desacuerdo y enojada con la decisión de la escuela de reducirle la jornada al niño y de asistir a un grado de nivelación. Expresó la necesidad de que Luciano retome la jornada completa ya que le era difícil conseguir un trabajo afín con los nuevos horarios del niño. Podríamos pensar aquí que algo en su nivel de motivación comenzó a fluctuar.

Realizamos un llamado a la asistente técnica de Luciano quien nos contó que las situaciones de desborde del niño eran cada vez más recurrentes y que no sabían qué hacer en esos momentos.

Detengámonos aquí a reflexionar cuáles son los subsistemas involucrados en este caso:

- Subsistema niño, Luciano
- Subsistema padres, Estela
- Subsistema docente, directora y asistente técnica
- Profesionales de otra especialidad

Teniendo en cuenta la historia de Estela y su situación actual nos preguntamos *¿Cuáles son sus posibilidades reales de hacer algo diferente con respecto al problema? ; ¿Quién es en este caso el subsistema que más afectado se siente por el problema?*

A partir de lo conversado con los distintos subsistemas, notamos que Estela se sentía afectada por el problema de modo indirecto, ya que le impedía conseguir un trabajo. No mostraba otro tipo de preocupación. En cambio, la docente, la asistente técnica y la directora expresaron sentimientos de desesperación en varias oportunidades, mantenían un contacto fluido con las psicopedagogas y pidieron ayuda explícitamente.

Pensamos entonces que la docente, la directora y la asistente técnica eran las más preocupadas y las más motivadas en este caso, por lo que intervenimos con más intensidad en ese subsistema sin descuidar los subsistemas restantes.

A continuación compartiremos un recorte de algunas intervenciones realizadas con la docente de grado y la asistente técnica de Luciano, que compartían con él la cotidianidad escolar.

Todo problema puede ser expresado como un circuito de interacción entre las personas intervinientes. Dicho circuito constituye una aproximación diagnóstica, que da cuenta de qué conducta y de quién desencadena la conducta problema y qué comportamientos de quiénes siguen a ésta con el propósito de solucionarla; se trata de identificar este ciclo autoperpetuante (Casablanca y Hirsch, 1989).

Bajo estas premisas del modelo interaccional acordamos un encuentro con el subsistema escuela para realizar una entrevista motivacional. Necesitábamos obtener más información de lo que sucedía en esas situaciones en que Luciano presentaba ataques de ira.

Estuvieron presentes la docente y la asistente técnica. Nos contaron que a nivel pedagógico Luciano estaba muy bien, se notaba su esfuerzo y sus avances en lo relacionado a lo académico, pero aún persistían los problemas de conducta. Esto le impedía integrarse a su grado común para compartir las materias extracurriculares, situación vivida por todos sus compañeros del grado de nivelación.

Como se dijo anteriormente, las características estratégico e interaccional del modelo se ponen de manifiesto en la manera que se hace uso de la información para co – construir con el consultante (Casablanca y Hirsch, 1989) un problema solucionable, una meta alcanzable en un plazo de tiempo y nuevas soluciones.

Aquí el problema que se co–construyó con el subsistema escuela fue que Luciano presentaba ataques de ira, enojos recurrentes y conductas de riesgo.

Había algo de lo que estaban intentando que no resultaba efectivo, ya que los episodios seguían siendo recurrentes.

La meta mínima fue que Luciano no presente ataques de ira durante una semana. Ahora bien, *¿Qué soluciones alternativas estaban dispuestas a intentar para cumplir la meta? ¿Qué podría motivar a Luciano para autorregular su conducta?* Luciano lo que quería era integrarse al grado común, al menos para las materias extracurriculares como el resto de sus compañeros. Creíamos conocer la motivación de Luciano para el cambio. Pero *¿Estaban teniendo en cuenta los intereses del niño?*

Les propusimos a las docentes realizar una grilla semanal en la que registrarán el comportamiento del niño. Cada día que Luciano haya presentado una conducta correcta y adaptada la docente le daría un sticker. De esta manera, si había obtenido stickers en todos los días, los días viernes se integraría a su grado común para compartir una hora de plástica (*solución alternativa*).

Esto último resultó exitoso. Fue posible sostenerlo en el tiempo e ir sumando actividades extracurriculares a la agenda de Luciano.

Finalizado el ciclo lectivo la asistente técnica y la directora consideraron prudente mantener esta estrategia durante el inicio del próximo año a fin de sostener los logros alcanzados y acercarse progresivamente a la reincorporación de Luciano al grado común.

Este recorte clínico nos permite apreciar el desafío que para nosotras como terapeutas es identificar el cómo y con quién intervenir a fin de promover cambios en relación al problema por el que se consulta.

Cómo generar y mantener la motivación

A lo largo del escrito, en el intento de conceptualizar y reflexionar sobre la motivación, mencionamos que ésta está influenciada por múltiples factores. Dentro de los factores intrínsecos, nos detuvimos en las diversas etapas del cambio en la que la persona puede encontrarse al momento de hacer la consulta.

En este apartado, nos detendremos en uno de los factores extrínsecos, que a nuestro entender, es de gran relevancia a la hora de pensar la motivación desde nuestro quehacer psicopedagógico: las intervenciones que como terapeutas realizamos. Lejos de ser ingenuas, o azarasas, al interior del equipo, consideramos que las mismas serán adecuadas en la medida que se piensen en función de la etapa del cambio en la que el consultante se encuentre.

Partiendo de la idea de que la motivación surge dentro de un contexto interpersonal, no podemos considerar al terapeuta como un observador pasivo de los estados motivacionales de sus pacientes, sino que éste debe ser un facilitador. Creemos, por ello, que generar motivación, “(...) es una parte central e inherente a las tareas de un profesional.” (Miller, W; Rollnick, S. 1999. p.43).

Por lo tanto y en función de todo lo que venimos expresando hasta el momento, sostenemos que todo comportamiento del terapeuta debería ser una *maniobra*, en el sentido de una acción que tiende a influir sobre el paciente de una manera específica.

A fines del escrito, se realizarán recortes de algunos casos clínicos para poder ejemplificar algunas intervenciones que llevamos a cabo como terapeutas para poder incrementar, sostener o mantener la motivación, siendo estas siempre flexibles, dinámicas y fluctuantes.

Consideramos que las intervenciones se ven atravesadas por el estilo que cada terapeuta va construyendo en esta etapa de formación, que es la residencia. Le otorgamos un valor fundamental a la práctica y al tiempo que cada una lleva dentro del equipo, que sin duda nos posibilita hacer propias estas intervenciones, y nos conducen a cada una de nosotras a operar de una forma particular en nuestras tareas dentro del equipo.

JOAQUÍN. *¿Cómo podemos intervenir cuando los consultantes no consideran que exista un problema?*

Joaquín tiene 5 años y llegó al equipo después de ser detectado en el screening psicopedagógico del Programa de Salud Escolar. En esta instancia presentó dificultades en todas las áreas evaluadas.⁴

El niño vive con sus padres, Juan y Natalia quienes son provenientes de Salta, y sus hermanos Elisa de 15 años y Damián de 2. Juan es chofer de camiones y Natalia, ama de casa. Actualmente, Joaquín se encuentra en sala de cinco, sin haber asistido previamente al jardín.

Cuando se estableció comunicación con la escuela, nos informaron que el niño ya había sido derivado al EOE, aunque aún la misma no había llegado al equipo.

En un primer momento se mantuvo una entrevista conjunta con psicología para determinar cuál sería el abordaje más adecuado. Asistió a la misma su mamá donde refirió que *“Joaquín no pudo hacer jardín porque su hermano tiene problemas”*. Damián, su hermano, presenta problemas graves de salud y desde su nacimiento estuvo hospitalizado y

⁴ El screening psicopedagógico es una intervención preventiva cuyo objetivo es la *detección temprana de niños en riesgo de presentar dificultades de aprendizaje*. Evalúa fundamentalmente cuatro habilidades específicas: Reconocimiento visual global del nombre, prensión del lápiz y coordinación visomotriz, segmentación silábica y conciencia fonológica, y memoria auditiva inmediata. (Arizmendi, L., Tawil, V. (2013), Trabajo de Inserción: *“Screening psicopedagógico: un puente entre Salud y Educación”*. Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.)

pasó por múltiples intervenciones quirúrgicas. A raíz de esto, Joaquín quedó al cuidado de Elisa, su hermana mayor y de su papá Juan, al que acompañaba en sus viajes en el camión.

Natalia también expresó que a Joaquín: *“Se le hizo difícil aprender porque está más descendido a comparación de los otros nenes porque no hizo sala de tres ni de cuatro.”* Daba la impresión en este momento de que la mamá se mostraba de alguna manera preocupada por lo que le estaba pasando a Joaquín.

Luego de esta entrevista conjunta se decidió que el abordaje más adecuado sería iniciar un proceso diagnóstico psicopedagógico con el niño, ya que parecía estar comprometido su aprendizaje. Es por ello que se acordó una segunda entrevista a la que concurren ambos padres. Desde que llegaron a la consulta, éstos adoptaron un lenguaje corporal “defensivo”, permaneciendo cruzados de brazos, en una postura reticente.

Cuando se les preguntó qué les preocupaba de Joaquín, ambos coincidieron: *“No hay nada que nos preocupe”*.

En esta instancia, frente a esta respuesta, nos detuvimos a pensar: *¿Cómo intervenimos cuando no hay queja inicial? ¿Es posible continuar con el modelo de “primera entrevista”? ¿Intentamos construir la demanda?*

Antes estos padres pre-contempladores, se nos planteó como desafío, poder re-direccionar nuestras intervenciones y pensarlas, a la luz del modelo que se nos propone, pero contemplando las características de estos padres, en este momento. *¿Cuáles serían las intervenciones más adecuadas? ¿Cómo hacer para que traigan a Joaquín a la consulta? ¿Desde dónde convocarlos?*

Realizando una lectura posterior de la entrevista, describiremos qué intervenciones se consideraron más adecuadas para ese momento y de qué manera se llevaron a cabo.

Como los padres de Joaquín no manifestaban una queja inicial, y se mostraban a la “defensiva” o “resistentes”, se decidió no continuar con el modelo de primer entrevista que manejamos en el equipo, dado que sería muy difícil poder pactar juntos un motivo de consulta.

A partir de allí nuestro objetivo fue que los padres comiencen a considerar la posibilidad de que el niño pudiera presentar alguna dificultad de aprendizaje, y que sería conveniente para ello poder realizar un diagnóstico temprano para de esta manera lograr empezar a motivarlos.

Dado que los mismos se encontraban en etapa de pre–contemplación, comenzamos a realizar intervenciones de “exploración” del problema. Indagamos acerca de la situación escolar, de cómo era la conducta del niño en el ámbito de su hogar, de cómo fue su historia evolutiva y si alguna vez alguien les transmitió la posibilidad de que el niño tuviera alguna dificultad.

Mientras “exploramos” el problema, percibimos con mucha claridad que los padres no concebían las dificultades de su hijo: *“Él nunca fue a un pre-jardín. Es super inteligente...es pícaro, cuando quiere aprender, aprende. Para mí es cuestión de tiempo. La maestra está cansada, no tiene ganas de enseñarle...Mi hijo no es tonto.”*

En referencia a la docente, el padre dijo: *“Es muy fría. Me sentí mal cuando la maestra dijo que Joaquín tenía que ir a psicopedagogía. Yo creo que para eso están las maestras, para enseñarles y tenerles paciencia.”*

El clima emocional que percibimos en los padres era de enojo, angustia e impotencia. Con lo cual se pensó que, más allá de su resistencia⁵, el modo en el que se había realizado la derivación no había sido lo suficientemente asertivo.

Les ofrecimos a los padres una *síntesis retrospectiva* acerca de cómo habían llegado hasta aquí: *“Cuando vinieron a hacer la libreta de salud escolar, vimos a Joaquín y pudimos observar algunas dificultades que en su momento les comentamos. Estas mismas dificultades seguramente coinciden con las que ve la maestra en la sala. Quizás, la manera en que la maestra les transmitió las dificultades no fue la mejor, ustedes se sintieron mal, ofendidos, pero probablemente ella quiera que Joaquín empiece de la mejor manera primer grado.”*

Nuestra intención con esta intervención era “mostrarles” a los consultantes el problema y ofrecerles una nueva visión del mismo acerca de la derivación de la maestra, para lo cual se hizo necesario hacer una redefinición. La redefinición *“es la operación*

⁵“(…) la resistencia es una conducta observable que surge durante el tratamiento. Ésta indica (...) que el paciente no está siguiendo el curso normal de la terapia. (...) esto puede significar que el terapeuta utiliza unas estrategias que no son apropiadas al estado de cambio en el que se encuentra el paciente en dichos momentos.” (Miller, W. & Rollnick, S. , 1999, pág. 135)

mediante la cual el terapeuta ofrece un nuevo sentido a la situación.” (Hirsch y Rosarios, 1987, p.45). “La información del paciente se reformula de una nueva manera, vista del modo que es más probable que sea de utilidad y contribuya al cambio”. (Miller y Rollnick, 1999, p. 140).

A través de un vínculo empático con los consultantes, comenzamos a intentar “armar” un equipo colaborativo entre los subsistemas familia, escuela y terapeutas mediante una estrategia: empoderar a los padres, ya que son los adultos con mayor influencia y jerarquía en la vida de Joaquín.

Algunas de las intervenciones realizadas por la terapeuta y siguiendo esta línea fueron: *“Ustedes son los que más saben sobre su hijo”, “Pasaron momentos muy difíciles, pero pudieron superar todo juntos”, “Son ustedes los que deciden qué quieren hacer y qué es lo mejor para Joaquín”.*

A medida que transcurrió la entrevista, observamos que la actitud de los consultantes comenzó a cambiar. Para Miller y Rollnick (1999): *“Un cambio en el estilo del terapeuta provoca un cambio en la resistencia del paciente. (...) Esto significa que podemos hacer algo al respecto.”* (p. 134).

Cuando notamos que los padres ya estaban “disponibles”, intervenimos estratégicamente a fin de aumentar su motivación, haciendo acto el empoderamiento que fuimos sembrando desde el principio: *“La próxima semana no traigan a Joaquín. Nos gustaría que hablen entre ustedes acerca de lo que conversamos hoy y nos volvamos a ver. Es importante que ustedes puedan decidir si quieren traer a Joaquín o no.”* Esta intervención es denominada *“directiva paradójica”*. Con ella *“(…) se busca que el consultante no cumpla con lo que se le sugiere, solicita u ordena.”* (Hirsch, H. y Rosarios, H., 1987, p. 143).

Haciendo esta intervención, direccionamos nuestro accionar en vista al cumplimiento del objetivo terapéutico anteriormente mencionado, logrando así que los padres pudieran empezar a vislumbrar algo acerca de las dificultades del niño y comenzaran a sentirse motivados para traerlo a la consulta.

La respuesta a esta intervención, fue un cambio en la actitud de los padres, quienes manifestaron su intención de que Joaquín concurriera a la siguiente entrevista: *“Queremos lo mejor para nuestro hijo, queremos que venga”*.

A partir de este caso clínico, quisimos reflejar la importancia que tiene el primer contacto con los padres, siendo esta entrevista el primer paso de los consultantes en dirección al cambio. Queda aún mucho camino por recorrer con los padres de Joaquín, quienes recién han comenzado a tomar conciencia de la existencia de un problema.

JULIA. ¿Cómo podemos intervenir para aumentar la motivación cuando los consultantes manifiestan cierta disposición para el cambio?

Julia es una adolescente de 13 años, asiste a tratamiento psicopedagógico hace tres años en el equipo. Actualmente se encuentra cursando séptimo grado de la escuela primaria.

El grupo conviviente está conformado por Julia, sus padres y dos hermanos varones mayores. Su padre, Martín, es enfermero cubriendo los turnos de la noche de lunes a viernes. Su madre, Alejandra, es dueña de un bazar y se encarga también de la atención del mismo. Julia asiste a un colegio privado del barrio, con orientación en informática.

Cuando se encontraba cursando 4º grado, ingresa al Equipo para realizar un diagnóstico psicopedagógico. En dicho momento se concluye que la niña presentaba un diagnóstico de dislexia por lo que realizó tratamiento individual.

Desde el momento en el que se realiza el diagnóstico hasta fines de 6º grado realiza tratamiento psicopedagógico, con períodos de seguimiento intercalados. Se recomienda retomar tratamiento al iniciar nuevamente el ciclo escolar en 7º grado. Cabe aclarar que la motivación fue fluctuando en los distintos momentos del tratamiento.

Al momento de la consulta, el padre refiere presentar problemas de adicción al alcohol lo cual lo lleva a reaccionar violentamente en ciertas ocasiones. Julia siente que ésta situación la afecta. Martín y Alejandra resaltan que *“se desviven por su hija y que siempre van a hacer todo para ayudarla”*, pero Martín no está en condiciones de abandonar sus vicios ni la madre de tomar la decisión de separarse aunque muestra cierta ambivalencia con respecto al tema, por un lado manifiesta querer hacerlo pero por otro, no puede.

La familia retoma la consulta cuando Julia se encuentra cursando 7° grado, motivada por la solicitud de la escuela de que retome tratamiento psicopedagógico porque según refiere la madre *“había empezado el año con algunas dificultades en la escuela”*.

La escuela refería que la adolescente continuaba con las adaptaciones metodológicas implementadas del año anterior y que se esforzaba mucho por progresar, evidenciándose dificultades en la lectura y en la comprensión. Estas repercutían en su ritmo de trabajo en clase, el cual era lento, influyendo en la organización del estudio y en la debida presentación de los contenidos en la carpeta. Sin embargo destacaban que se observaban notorias mejorías cuando la niña se encontraba en tratamiento.

A partir de todo esto, se acuerda realizar una entrevista familiar, con el fin de conocer la situación actual de la familia y el grado de motivación de los consultantes, como así también indagar el motivo por el cual decidían consultar en este momento. Aquí se pudo observar que si bien los padres concordaban con el pedido de la escuela de *“retomar tratamiento con el fin de seguir trabajando la lectura y la comprensión”*, la mayor preocupación reflejada tenía que ver con el pasaje de nivel primario a secundario de Julia y con la incertidumbre sobre si la adolescente iba a poder aprobar el examen de ingreso que tenía estipulado la institución.

Asimismo se pudo evidenciar que continuaba la situación de conflicto derivada del alcoholismo del padre. Ambos padres coincidían en que esto estaría afectando a Julia, sin embargo manifestaban sentirse incapaces de poder hacer algo para cambiar la situación por el momento.

Al indagar a lo largo de la entrevista sobre las expectativas que los padres tenían respecto a qué podríamos hacer como terapeutas, ellos plantearon la necesidad de un acompañamiento que ayude a Julia en el paso de la primaria a la secundaria, haciendo hincapié en sus dificultades para leer y comprender consignas como así también los textos.

A partir de la descripción hasta entonces presentada, nos preguntamos: *¿Están los consultantes lo suficientemente motivados?*

Consideramos a partir de lo expuesto anteriormente que los padres de Julia se encontraban motivados, mostrándose dispuestos a acompañar a su hija a transitar la escuela secundaria como así también a asistir al tratamiento. Sin embargo, no se manifestaba una disposición suficiente para el cambio que permitiera recomponer la situación familiar, es decir, lo que implicaba no poder tomar la decisión de dejar el alcohol en el caso del padre, y de separarse en el caso de la madre.

En este sentido, podemos decir que los padres de Julia se encuentran en distintas etapas de cambio frente a las problemáticas que expresan. En cuanto a recomponer la situación familiar podríamos pensar que la madre de Julia estaría en una etapa de *"contemplación"*, mientras que su padre estaría en *"precontemplación"*. En cambio respecto a cumplir con el tratamiento de su hija, podríamos pensar que estarían *"preparados para la acción"*.

En cuanto a Julia, *¿Podemos realizar el tratamiento en estas condiciones?* Para ello era necesario conocer la opinión de Julia: *¿Qué piensa ella del pedido de la escuela?* Nos preguntamos: *¿Considerará necesario retomar el tratamiento? ¿Cómo repercute en ella la situación familiar?*

Se realiza entonces una entrevista con Julia quien plantea que consideraba necesario continuar con el tratamiento. Nos preguntamos: *¿Qué la motiva?* Pensamos que el motor que motivaba a Julia era el trabajo ya realizado en psicopedagogía hasta el momento, la utilidad de las estrategias brindadas y los beneficios que reconocía obtener con la asistencia al tratamiento, como por ejemplo, poder organizarse mejor en las tareas y sentirse acompañada en la escuela.

Por otra parte Julia manifiesta aquí tener dificultades para la comprensión y la escritura. Expresa que a veces no logra responder a las consignas dadas ni tampoco finalizarlas, y que le gustaría acordarse mejor las técnicas de estudio, razón por la cual, solicita retomar el tratamiento y seguir afianzando el trabajo realizado hasta el momento.

En cuanto la situación familiar, nos preguntamos: *¿Le afecta la adicción de su padre y el mal clima familiar?* Julia evidencia en esta oportunidad sentirse resignada por esta realidad, expresando con claridad que lo único que puede cambiar es su rendimiento en la escuela y destinar sus esfuerzos a ello, para lo cual dice necesitar nuestra ayuda.

En este caso, se ve claramente cómo el terapeuta tiene que trabajar con aquello que el paciente está dispuesto a modificar. Es el terapeuta quien interviene mediante redefiniciones con el objetivo de separar los problemas familiares de los escolares, preguntando a cada implicado que está dispuesto hacer y en que le podría servir consultar. Por este motivo decide poner el foco de atención en un problema solucionable, en este caso, la escolaridad de Julia dejando de lado aquellos problemas como la adicción del padre y el clima familiar, ya que no son problemas que ellos visualicen como solucionables en este momento, y no están en condiciones de abordarlos por ahora.

Son las preguntas del terapeuta, el modo en que desatiende cierta información en beneficio de otra, su interpretación de lo que el paciente dice que le pasa en función de su propio marco de referencia, lo que va moldeando lo que este trae como problema.

Las intervenciones del terapeuta, sea bajo la forma de preguntas, omisiones, etc., terminan de estructurar la presentación que no es nunca “datos objetivos” sino una construcción. En rigor, no existen datos objetivos, sino sólo datos presentados a quién escucha y filtrados por las ideas propias de quien los enuncia y quien los escucha. (Hirsch, H. y Rosarios, H., pág. 46).

Una de las intervenciones que se tienen en cuenta en estos casos es la redefinición o reformulación, entendiéndose por ésta aquella operación mediante la cual el terapeuta ofrece un nuevo sentido a lo que el consultante expresa. Watzlawick y otros (1974) la han definido como el cambio del punto de vista o contexto emocional o conceptual en relación al cual una situación es experimentada, y su ubicación dentro de otro marco que encaja con los hechos de la misma situación especialmente bien o aún mejor, cambiando así por completo su antiguo significado.

De esta forma, la información que fueron otorgando los padres de Julia se reformula de manera que tenga alguna utilidad y contribuya al cambio. Para que los cambios se visualicen, dice Hirsch y Rosarios (1987), es necesario que se acepten estas redefiniciones con sus correspondientes direcciones de acción tanto implícitas como explícitas (enunciadas por el terapeuta), ya que esta visión acerca del problema determina ciertos caminos de acción.

Nos parece importante destacar que la construcción de estas reformulaciones se deben apoyar en el lenguaje del paciente, ir avanzando por pasos y sólo hacerlo en la medida que el paciente emita señales de acuerdo con lo que se está diciendo y que está dispuesto a seguir escuchando.

A continuación presentaremos ejemplos de algunas de las redefiniciones realizadas:

Alejandra: - *“Estoy preocupada porque mi marido recayó en el alcohol, y volvieron a pasar situaciones en las que Martín se pone violento, dice groserías, insulta y quiere pelear. Estoy muy cansada, ya no soporto estos episodios, no lo tolero más y me preocupa mucho como esto le afecta a mi hija”.*

Terapeuta: - *“Hasta ahora durante el tratamiento que venimos haciendo, estuvimos trabajando con Julia para ayudarla a resolver los problemas académicos. Siempre que tuvimos entrevistas hablamos sobre el clima familiar negativo y como esto agrega una dificultad más a la capacidad de tu hija de hacer frente a los problemas que se le presentan en la escuela. ¿En qué crees Alejandra que podríamos ayudarte respecto a estos episodios que nos contás que te preocupan?”*

A: - *“Me gustaría saber cuál es su opinión, qué debería hacer...”*

T: - *“Alejandra, el problema de adicción es de por sí, recurrente y si bien puede ir mejorando con el tiempo lo normal es la recaída, si no encontrás la manera de sostener la relación conyugal en los términos que nos contaste, sos vos la que estaría en la situación de tener que decidir y decir si quieres o no continuar tu relación con Martín”.*

A: - *“Es que yo no lo puedo dejar pero tampoco lo tolero más... Hace tantos años que estamos juntos.... A mí me importa Julia y como todo esto puede perjudicarla.”*

T: *“Nosotras podemos ofrecerte ver a Julia y evaluar con ella la necesidad de realizar un tratamiento y ver, desde su punto de vista, como siente que esto le afecta. Nos parece que quizá te pueda servir en este momento tener un espacio propio, donde puedas conversar*

estas cuestiones. Podemos ofrecerte que veas algún psicólogo del área porque a veces analizar la situación con alguien externo al tratamiento te puede servir.”

En el análisis que realizamos posterior a la entrevista, nos planteamos: *¿Cómo los podemos ayudar?* Los consultantes manifiestan querer solucionar algunos problemas, pero no cuentan con estrategias para poder resolver otros. Es por ello, que se ayuda a la madre a organizar de manera estratégica los problemas planteados, jerarquizándolos y separándolos de acuerdo a sus necesidades y su capacidad para resolverlos. Creemos que la redefinición es una intervención que posibilita dichas cuestiones. En este caso, *¿Qué fue lo que se redefinió?* Podemos pensar que se redefinió el problema en varios aspectos:

1) *¿Cuál es el problema?* Por un lado, hay un problema relativo a la pareja, ya que Alejandra manifiesta que no soporta a su marido alcohólico pero tampoco se siente preparada para dejarlo, y hay un problema relativo a la paciente, ya que en la escuela solicitan que retome tratamiento por problemas de comprensión lectora y a la madre le preocupa cómo el clima familiar afecta a su hija.

2) *¿Quién tiene el problema?* En lo relativo a la pareja, el padre no cree que exista un problema, quien visualiza un problema es la madre, y por eso se le ofrece ayuda terapéutica de un psicólogo para hacer una consulta si lo considera necesario. Por otro lado, Julia se muestra preocupada por su desempeño escolar, lo que se refleja claramente al querer volver al tratamiento.

3) *¿Con quiénes trabajar o abordar los problemas?* Este interrogante, en la práctica resulta bastante complejo de resolver, ya que abordar estas dificultades no es sencillo, ni depende de una sola persona, pero a los fines de los problemas presentados y tomando en cuenta los aportes de la teoría sistémica, que considera que el cambio producido en uno de los miembros del sistema provocaría el cambio en los demás integrantes de la familia, nos permitimos pensarlo de la siguiente manera: por un lado, el problema conyugal podría abordarse con el acompañamiento psicológico a la madre, por el otro lado, las dificultades escolares, en caso de ser una preocupación para Julia, podrían abordarse con tratamiento psicopedagógico.

Pudiendo tener una visión panorámica de la situación y conociendo algunos de los subsistemas en que está inserta Julia (escuela y familia) es que se decidió en este caso ofrecer un abordaje que responda a las necesidades reales de la adolescente y de su familia, para lo cual se pactaron sesiones individuales con Julia y entrevistas familiares mensuales con los padres estableciendo objetivos que permitan a los consultantes ir generando cambios que aumenten su disposición y motivación para resolver el problema por el cual habían vuelto a consultar.

Acerca de establecer objetivos dice Miller y Rollnick (1999), la motivación surge de una discrepancia entre los objetivos de una persona y su estado actual. Un primer paso para instigar el cambio, por lo tanto es establecer objetivos claros hacia los cuales dirigirse. En este sentido, se establecieron con Julia objetivos psicopedagógicos para atender a los problemas cognitivos, más específicamente relacionados con el mejoramiento de la lectura y comprensión, con el incremento de nuevas técnicas de estudio y con el acompañamiento del paso del nivel primario al secundario. Respecto a los padres, se establecieron objetivos para atender a los problemas interaccionales en función de mejorar la organización y el clima familiar; considerando que el mismo repercutía de manera considerable en los aprendizajes de Julia.

Con el recorte del siguiente caso, quisimos mostrar cómo la motivación de los consultantes fue fluctuando durante el transcurso del tratamiento. Pudiendo enfocarnos en la etapa más actual del recorrido, reflejamos el momento de la etapa del cambio en que se encontraban y cuál era la disposición de los consultantes para cambiar algo de aquello que visualizaban como problema. Le otorgamos relevancia al poder que tienen las reformulaciones como intervenciones para el cambio, y cómo el hecho de definir un problema solucionable y pensar cómo abordarlo a partir de objetivos claros, favorecería la motivación para generar el mismo.

LIONEL. ¿Cómo podemos intervenir cuando la motivación está influenciada por factores extrínsecos?

La madre de Lionel, Carla, se presentó en el Área Programática del Hospital de manera espontánea y sin previa derivación para consultar por su hijo, quien estaba cursando primer grado por segunda vez. Carla evidenciaba dificultades de aprendizaje y comentaba respecto a Lionel: *“No puede desenvolverse de manera autónoma, es muy dependiente”*.

Como la escuela no había efectuado ninguna derivación hasta el momento, se solicitó un informe al EOE. El mismo refería: *“El niño es muy inquieto, se evidencia labilidad atencional, vínculos violentos con sus pares y en pocas oportunidades participa oralmente”*.

Debido a que fue la madre quien tuvo la iniciativa de consultar, podríamos considerar que ella estaba lo suficientemente motivada para iniciar la consulta, por lo que se encontraría en la etapa de *“Preparación para la acción”*. Por lo tanto consideramos que la madre del niño estaba permeable a nuestras intervenciones, las cuales estarían orientadas ahora a establecer los objetivos a trabajar.

Durante el proceso diagnóstico ya se habían comenzado a detectar problemas en el proceso de alfabetización sumado a problemas vinculares con la madre. Cabe aclarar que Carla posee antecedentes psiquiátricos de depresión y reiterados intentos de suicidio, motivo por el cual había sido hospitalizada. Al momento de la consulta, la madre del niño ya no se encontraba realizando ningún tipo de tratamiento.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se decidió dar inicio a un tratamiento psicopedagógico para el niño que permitiera abordar tanto los aspectos cognitivos relacionados con la lectoescritura como así también los aspectos interaccionales relacionados con su vínculo familiar, para lo cual se pensó una modalidad grupal que incluyera ambos aspectos.

En este encuadre de tratamiento se desarrolla un grupo de padres y en paralelo un grupo de niños con el objetivo de ayudar a las familias a modificar en el hogar los modos disfuncionales de vinculación, favoreciendo así los objetivos del tratamiento

psicopedagógico. En el caso de la mamá de Lionel se intervino específicamente sobre aspectos relacionados con la autonomía del niño.

A lo largo del tratamiento pudimos observar como la madre se fue implicando en las diferentes acciones en función de modificar el problema que deseaba resolver, demostrando gran compromiso y adherencia al tratamiento.

Intempestivamente, la madre interrumpió la asistencia al tratamiento. Desde el equipo intentamos comunicarnos en reiteradas ocasiones para conocer el motivo de la deserción, a partir de lo cual no obtuvimos respuestas y dimos aviso al EOE.

Luego de un año Carla vuelve a acercarse al servicio, por pedido de la escuela, solicitando reanudar el proceso terapéutico, el cual había sido según refiere la madre, interrumpido por problemas personales relacionados con su padecimiento psiquiátrico.

Esta situación nos permite reflexionar sobre la influencia que tienen los factores extrínsecos en el compromiso, adherencia y motivación al tratamiento como así también la necesidad de tenerlos en cuenta para futuras líneas de acción.

En este caso nos preguntamos: *¿Cómo intervenir?* En un primer momento le sugerimos a la mamá una interconsulta con psicología ya que considerábamos que sus dificultades emocionales repercutían directamente en el niño. Frente a su negativa de asistir a un espacio psicológico, creímos necesario considerar esto como una variable dentro del tratamiento de su hijo.

Conocer el motivo manifiesto de la madre por el cual dejó de traer a Lionel a tratamiento y sus antecedentes psiquiátricos, nos permitió estar atentas a otros factores que podrían influir en el tratamiento del niño e intervenir para anticipar posibles recaídas.

Tres meses después de retomar el tratamiento, en el cual la madre se mostraba comprometida, la misma comenzó a dejar de asistir regularmente dando aviso y justificando siempre el motivo de tal inasistencia como así también demostrando cierta “culpa” por no poder cumplir con el mismo.

Nos preguntamos entonces: *¿Se encuentra la madre motivada? ¿Cuáles son los factores que podrían estar influyendo en dicha motivación? ¿Las inasistencias son un indicador de falta de motivación?*

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente es que nos pareció pertinente a modo de intervención, realizar una entrevista motivacional con la madre para poder ahondar sobre los motivos por los cuales Lionel estaba viniendo poco y evitar una posible deserción.

El objetivo de dicha entrevista fue poder ayudar al consultante a evitar el desconsuelo, el bloqueo y la desmoralización para poder continuar con el cambio inicialmente planteado.

Para esto y haciendo hincapié en la empatía, la cual consideramos fundamental como dijimos anteriormente para que el paciente se sienta comprendido, es que realizamos una *escucha reflexiva*, la cual implica por parte del terapeuta una atención clara frente a los comentarios que realice el paciente, y una elaboración continuada de hipótesis sobre el significado subyacente de dichos enunciados. De este modo la escucha reflexiva conlleva a realizar una afirmación, una deducción de lo que la persona quiere decir. (Miller y Rollnick, 1999).

En dicha entrevista la madre se mostró muy angustiada, manifestando estar muy deprimida y con muchas dificultades económicas y personales, las cuales estaban interfiriendo en el tratamiento de Lionel.

A continuación presentaremos algunas de las intervenciones realizadas con el propósito de reflejar la escucha reflexiva por parte del terapeuta:

Carla: “No tengo más fuerzas... Vos viste que yo lucho pero te juro que no puedo más...”

Terapeuta: “Ha luchado mucho”.

C: “Me quedé sin trabajo, tengo a mi hijo que se separó viviendo en mi casa y no pone un peso, mi pareja me está trayendo más problemas todavía. Lionel no está avanzando en el colegio”.

T: “Y eso es lo que le preocupa”.

C: “Sí, yo quiero lo mejor para Lionel, pero no me quedan fuerzas, yo sé que en parte es mi culpa. Me parece que Lionel necesita mucho venir acá pero no lo traigo”.

C: “Son muchos los esfuerzos que estás haciendo”...

P: “Aparte sigue durmiendo en la cama conmigo. Ay... Vos debes pensar que yo te estoy tomando el pelo que siempre tengo una excusa para no venir”.

A partir del discurso de la madre podemos ver como ella manifiesta el deseo de continuar con el tratamiento de Lionel y cómo los factores externos repercuten negativamente en el mismo. Por lo cual nos preguntamos: *¿Es posible evadir estos factores? ¿Debemos tomarlos como parte del tratamiento?*

A partir de la escucha reflexiva y de tratar de ver el problema desde el punto de vista de la madre es que hemos intentado pensar el resto de las intervenciones.

Teniendo en cuenta los antecedentes psiquiátricos de la madre de Lionel y la conciencia de su problema es que se intervino explícitamente para anticipar la recaída de tal manera que, a pesar de la depresión de la madre, Lionel pudiera continuar con su tratamiento.

En este sentido, la anticipación de fluctuaciones en las conductas de las personas, es una herramienta terapéutica de inestimable valor. Ayuda a que los padres no se desanimen si se producen retrocesos tanto en el niño como en ellos y, por otra parte, los alienta a continuar con las nuevas soluciones. (Amitrano & Rother, 2001, p.148).

El hecho de que la depresión de Carla repercuta en el tratamiento de Lionel era un factor más de culpa y angustia para ella, y ante la posibilidad de que esto vuelva a pasar es que consideramos pertinente intervenir en este punto. Fue necesario trabajar con la mamá las consecuencias que conlleva su conflictiva emocional y que de repetirse era probable que la adherencia de su hijo al tratamiento se viera afectada nuevamente. Por lo cual nos preguntamos quién, frente a las posibles recaídas de la madre, es el miembro más preocupado que pueda hacer algo con respecto al problema.

Para apaciguar la angustia y la ansiedad de Carla frente a lo que podría pasar con el tratamiento de su hijo, de sufrir otro episodio depresivo, es que se pensó junto a ella la

posibilidad de que su hija mayor, hermana de Lionel, fuera quien lo trajera al espacio psicopedagógico. Posibilidad que la mamá vio viable de llevarse a cabo, lo cual logró disminuir su nivel de preocupación y culpa.

Asimismo, teniendo en cuenta su estado emocional y la importancia de trabajar con ella aspectos vinculares relacionados con Lionel, es que se coordinaron entrevistas quincenales con Carla.

Dicho caso nos permitió repensar la importancia de los factores extrínsecos que inciden en la motivación de los consultantes. Esto nos lleva a pensar por un lado, en los límites de nuestra disciplina así como en la especificidad de la misma, y por otro lado, nos lleva a reflexionar en relación a la importancia de pensar nuestras intervenciones teniendo siempre en cuenta dichos factores.

Reflexiones finales

A lo largo de todo el ateneo hemos intentado repensar el modo en que intervenimos con nuestros pacientes, padres y docentes, poniendo el foco en cómo los acompañamos en su proceso de cambio.

Tomando el bagaje teórico como brújula y la experiencia clínica como motor, problematizamos algunos casos clínicos que nos interpelaron como terapeutas. En varias oportunidades nos encontramos ante el desafío de identificar con qué subsistema intervenir a fin de promover cambios en relación al problema por el que se consulta. En otras ocasiones, acompañamos a los padres a visualizar un problema allí donde nada les preocupa. Asimismo, ciertas situaciones singulares nos enfrentan con los avatares que la clínica nos impone a partir de las fluctuaciones en la motivación de los consultantes y el interjuego de factores que inciden en ella.

Reflexionar sobre las posibles maneras de intervenir a partir de los recortes clínicos, nos sirvió para detenernos y revalorizar la diversidad de herramientas con las que contamos para detectar, generar y mantener la motivación de los consultantes.

Entendiendo a la motivación como un concepto dinámico y fluctuante, apelamos a la flexibilidad de nuestro rol para responder a lo espontáneo y singular de cada consulta a partir de la mirada y el juicio clínico.

Durante la realización del ateneo, y a partir de las supervisiones e intercambios al interior del equipo, es que otorgamos un lugar fundamental a la motivación como generadora de cambios. Y es por eso que a la hora de intervenir tendremos en cuenta en todo momento la etapa del cambio que atraviesan los consultantes y su nivel de motivación. Esto es propio de la formación que vamos adquiriendo en la especificidad de nuestro equipo, que si bien sustenta nuestras prácticas, deja también lugar para la impronta

personal, para el estilo terapéutico que cada una se encuentra construyendo en esta etapa de formación.

Para finalizar, consideramos que el trabajo realizado nos ha posibilitado ampliar nuestra mirada y proponer nuevas estrategias de abordaje respecto a cómo orientar nuestras intervenciones, en la singularidad de cada caso y desde nuestra especificidad como psicopedagogas.

Bibliografía

Amitrano, C., & Rother, G. (2001). *“Tratamiento Psicopedagógico. Estrategias y procedimientos con padres, niños y docentes”* (2ª ed.). Bs. As: Psicoteca Editorial.

Ateneo General de la residencia de psicopedagogía (2013), *“Intervenciones con padres”*. Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.

Arizmendi, L. & Tawil, V. (2013). Trabajo de inserción: *“Screening psicopedagógico, un puente entre Salud y Educación.”* Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.

Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *“Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. New York: Basic Books Theory, research and practice.”* (pp. 13-37). New York, NY: John Wiley & Sons.

Beck, A. T. & Young, J. E. (1985). *Depression*. In D. Barlow (Ed.), *“Clinical handbook of psychological disorders.”* New York: Guilford Press.

Bohart, A. C. & Tallman, K. (1997). *“Empathy and the active client: an integrative cognitive – experiential approach.”* In A. Bohart & L. Greenberg (Eds.). *“Empathy reconsidered. New directions in Psychotherapy.”* Washington DC: American Psychological Association

Bordin, E. S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practice.*

Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working Alliance*

Casabianca, R. & Hirsch, H. (2009). *“Cómo equivocarse menos en terapia: un registro para el modelo MRI”* (1ª ed.) Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.

Greenson, R. R.(1967). *“Technique and practice of psychoanalysis”*. New York: International University Press.

Hirsch, H. & Rosarios, H. (1987). *“Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales. La organización del cambio.”* Buenos Aires.: Nadir Ediciones.

Keegan, E. (2007). *“Escritos de psicoterapia cognitiva. Parte II: Introducción a la terapia cognitiva”*. Buenos Aires: Eudeba.

Kopec, D; Rabinovich, J. (2007). *“Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica”*. Buenos Aires: Editorial Dunken.

Maseras, V. & Saenz Valiente, F. (2014). Trabajo de inserción: *“Primera entrevista: de la queja inicial al motivo de consulta”* Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.

Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *“La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas.”* (1º ed.). Barcelona: Paidós.

Nardone,G. & Watzlawick, P. (1995), *“El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos”*. Barcelona: Editorial Herder.