

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MEMORIA PARA OPTAR AL TITULO DE PSICOLOGO
" EVALUACION EXPERIMENTAL DE TRES ESTILOS
COMUNICACIONALES PARA IMPARTIR DIRECTIVAS
TERAPEUTICAS EN EL TRATAMIENTO ORTODONCICO
DE NIÑOS CON LABIO LEPORINO Y/O FISURA VELO
PALATINA. "

Alumno: RENATO DONOSO HERMAN 

Profesor Patrocinante: ELISABETH WENK WEHMEYER

Profesor Guia: MARIO PACHECO LEON

Asesor Metodologico: ELISABETH WENK WEHMEYER

MAYO, 1995

DEDICATORIA

"...Y escuchó una voz por encima suyo, como saliendo del amanecer que le dijo:

- Viejo hombre, viejo hombre, qué haces tú sentado aquí?

- Estoy contándome mi propia historia. Dijo el leñador.

- Y cuál es? preguntó la voz..."

Dedico esta memoria a: el Papo, la Gorda, Vicente, Clemente, La Sara, Danielín,
La Yoko, La Lola y por supuesto a la Claudia.

Y especialmente a la Tatá.

A los Amigos.

AGRADECIMIENTO

A Mario Pacheco, Elisabeth Wenk, Gabriel Reyes, Dra. Doris Cauvi y a su fantástico equipo, Andrés Lannefranque, Claudia Tobar, Cristina Cantín y a Alex y Claudia Fábrega.

Y a todos los niños fisurados que me siguen ayudando.

INDICE

- DEDICATORIA	
- AGRADECIMIENTOS	
- INTRODUCCION	1.
1. MARCO TEORICO	5.
1.1 Malformaciones	5.
1.1.1 Caracterización	5.
1.1.2 Enfrentamiento Médico- Terapéutico	6.
1.1.3 Enfrentamiento Terapéutico Psicológico	8.
1.2 Estrategias de Comunicación Terapéutica	12.
1.2.1 Instrucciones directas, prescripciones y órdenes no empáticas	13.
1.2.2 Instrucciones directas empáticas	16.
1.2.3 Instrucciones indirectas, entre las cuales se encuentran las metáforas	17.
1.3 Trance Hipnótico	32.
1.3.1 Conceptos Generales	32.
1.3.2 Hipnosis con niños	37.
1.3.3 Uso de las Metáforas Terapéuticas en Hipnosis	38.
2. OBJETIVOS	41.
2.1 Objetivo General	41.
2.2 Objetivos Específicos	41.
3. METODOLOGIA	43.
3.1 Aspectos Generales	43.
3.2 Definición Conceptual y Operacional de las variables	45.
3.2.1 Variables Dependientes	45.
3.2.2 Variables Independientes	46.
3.3 Caracterización del Universo	49.
3.4 Caracterización de la Muestra	49.
3.5 Hipótesis	51.
3.6 Procedimientos	53.
3.7 Criterios de Confiabilidad de la Investigación	55.
3.8 Criterios de Validación de las Metáforas Terapéuticas	57.
3.9 Análisis Estadístico de los Resultados	57.

4. ANALISIS DE RESULTADOS	59.
4.1 Etapas	59.
4.1.1 Elección de los sujetos	59.
4.1.2 Asignación de los sujetos a los grupos de la investigación	60.
4.1.3 Entrevista Individual con los niños y sus familiares	62.
4.1.4 Intervenciones Metafóricas con y sin Trance Hipnótico	62.
4.1.4.1 Primera Sesión	63.
4.1.4.2 Segunda Sesión	
4.1.5 Seguimiento y Evaluación de los Grupos Experimentales y del Grupo Control	64.
4.2 Características de los sujetos	66.
4.3 Irmadema	66.
4.4 Resultados	68.
4.4.1 Evaluación de los Grupos antes de la Investigación : evidencias en favor de la Hipótesis Nº 1	68.
4.4.2 Comparación Antes - Después en el Grupo Metafórico con Trance Hipnótico	69.
4.4.3 Comparación Antes - Después en el Grupo Metafórico sin Trance Hipnótico	72.
4.4.4 Comparación Antes - Después en el Grupo Control	74.
4.4.5 Comparación Intergrupos	76.
4.4.5.1 Momento 1	77.
4.4.5.2 Momento 2	79.
4.4.6 Comparación entre los Grupos Experimentales y el Grupo Control después de las Intervenciones Metafóricas.	81.
5. DISCUSION	82.
6. CONCLUSIONES	84.
BIBLIOGRAFIA	86.
ANEXO A Los Parámetros Diagnósticos de los Lankton	
ANEXO B Metáforas Terapéuticas para Niños con Labio Leporino y/o Fisura Velo Palatina Operados	
ANEXO C Una sesión con Trance Hipnótico y Metáforas Terapéuticas	
ANEXO D Pauta Diagnóstica para Niños Fisurados y sus Familiares	

INTRODUCCION

En Chile, actualmente, uno de cada 625 niños nacidos vivos, sufre de Malformaciones Máxilo-Faciales denominadas Labio Leporino y/o Fisura Velo Palatina (Palominos 1990). Estas malformaciones constituyen una deformidad congénita "...que puede presentarse aislada o asociada a otras alteraciones de este tipo cuyas distintas formas se explican a través del desarrollo embriológico de la cara y la boca, caracterizándose por la no coalescencia de los tejidos que la conforman." (Nocetti, 1984, pp. 4). Producto de lo anterior los recién nacidos portadores de esta malformación sufren alteraciones en la succión - deglución y en la respiración, las que van comprometiendo, además, otras funciones tales como : la fonoarticulación, la audición, la competencia labial, etc..., y además la posición dentaria. Estas alteraciones pueden ir disminuyendo y eliminándose a través del cumplimiento correcto de los tratamientos determinados por el equipo multidisciplinario especializado en este problema (Cirujano Plástico Infantil o Cirujano Máxilo-Facial, Genetista, Pediatra, Otorrinolaringólogo, Ortodoncista, Odontólogo, Asist.Social, Kinesiólogo, Fonoaudiólogo y Psicólogo). Sin embargo, el éxito del tratamiento integral a estos niños

depende en gran medida de la cooperación del paciente y su familia, así como del uso de ciertos aparatos en determinados periodos de su desarrollo. " La falta de cooperación del paciente es muy importante en tratamientos que duren un período prolongado, de 1 año o más. En muchos casos no existe dicha cooperación y por ello el tratamiento se torna muy desfavorable porque el paciente frecuentemente rompe o pierde los aparatos. " (Mayoral y Mayoral, 1977, pp.269)

En el periodo comprendido entre los 6 y los 11 años, la relación Ortodoncista-Paciente Fisurado se torna especialmente importante. En esta etapa, los niños deben usar aparatos ortopédicos removibles como requisito fundamental para el adecuado aprovechamiento de su potencial de crecimiento y de desarrollo Oseo-Facial. Se ha observado en un número significativo de pacientes un inadecuado uso y cuidado de estos aparatos.

Si bien es vital para la completa rehabilitación de los niños fisurados el uso de aparatos ortodóncicos, esta se ve afectada por factores de orden psicológico. Las investigaciones en este campo coinciden en la existencia, en un número significativo de casos, de una actitud negativa y trato diferencial por parte de sus padres, y una percepción negativa de sus profesores y pares en comparación con los niños "normales" (Broder ,Strauss 1989, Richman , Harper 1978). Aunque actualmente ya no se sostiene que exista una "Personalidad del niño fisurado", hay acuerdo en que

estos niños manifiestan en general una baja autoestima, una pobre relación con los pares, excesiva dependencia de los adultos, personalidades más inhibidas, etc. (Pillener, Kaye 1989).

Al parecer, el concepto de sí mismo de los niños fisurados, en especial en el período entre los 6 y 11 años, se ve seriamente afectado por el uso de los aparatos ortodóncicos removibles (dificultad para hablar, temor al ridículo, etc...), optando por no usarlos o hacerlo en forma esporádica . Lo anterior retrasa y afecta los resultados del tratamiento, lo que a su vez agrava los problemas de autoimagen y autoestima del niño. (Cauvi, 1993)

En el Instituto de Malformaciones y Deformaciones Máxilo-Faciales de la Universidad de Chile, existe la inquietud por encontrar formas de intervenir que aumenten la probabilidad de que los niños fisurados usen y cuiden sus aparatos. Y en esta búsqueda se fundamentó la presente investigación, estudiando los efectos de una comunicación más indirecta en el tratamiento de estos niños.

En la presente investigación se indagó experimentalmente los resultados de la utilización de dos formas de comunicación en la relación ortodoncista-paciente, respecto del uso y cuidado de los aparatos ortodóncicos. En particular, comparando el efecto de un lenguaje directo en base a órdenes e instrucciones habitualmente recibidos por los sujetos, con los resultados del uso de un lenguaje más indirecto y metafórico, propio de una relación más empática e individualizada. Además, se probó si el lenguaje indirecto y

metafórico era favorecido por una inducción hipnótica previa.

Las proyecciones que se derivan de este trabajo apuntan a la posibilidad de entrenar a los profesionales que trabajan con estos niños (en especial a los Ortodoncistas) en el manejo de un lenguaje más personalizado e indirecto que pueda acelerar y mejorar los resultados del tratamiento en este tipo especial de pacientes.

Por otra parte, los resultados de la presente investigación podrían ser de utilidad en otras áreas de la Odontología. Los pacientes se enfrentan frecuentemente a situaciones de miedo, dolor y conflictos de autoimagen y relaciones interpersonales (ej: implantaciones dentarias en personas mayores). Además, un adecuado diagnóstico y apoyo psicológico pueden facilitar enormemente el éxito de los tratamientos (ej: en la primera etapa de esta investigación al entrevistar a dos niños " que no siguen las instrucciones " se descubrió que sufrían de importantes déficits auditivos no diagnosticados).

Es, entonces, la comunicación el tema recurrente en esta investigación. El conocimiento de niveles más sutiles de comunicación puede enriquecer las relaciones interpersonales y facilitar el trabajo en diversas áreas de la interacción humana.

Esta investigación, quizás, pueda servir como un pequeño aporte a la apertura de una nueva área de acción para los psicólogos en el ámbito de la Salud Pública.

1. MARCO TEORICO

1.1 MALFORMACIONES.

1.1.1 Caracterización

Una de las Malformaciones Máxilo-faciales más frecuentes es el Labio Leporino y/o la Fisura Velo Palatina. De cumplirse adecuadamente el tratamiento, tendría excelente pronóstico (en lo estético, en el lenguaje, en el desarrollo psicológico, etc...). La malformación es de origen congénito, sin compromiso vital, y puede presentarse, además, asociada a otras alteraciones de este tipo. Las formas en que puede manifestarse (variando según la región anatómica por la que atraviesan) son: Labio Leporino Simple, Total, Central, Inferior; Formas Asimétricas; Fisura Palatina Alveolar, Simple, Total, Central; y Labio Leporino y División Palatina. Todas las anteriores malformaciones se caracterizan por la no coalescencia de los tejidos y segmentos que van conformando la cara y la boca a través del desarrollo embriológico. (Nocetti, 1984)

1.1.2 Enfrentamiento Médico-Terapéutico

Al nacer un niño fisurado, es el Ortodoncista y el Kinesiólogo quienes empiezan de inmediato, mediante un enfoque Ortopédico, a facilitar el crecimiento y desarrollo del Sistema Músculo-Esquelético Facial. Trabajan sobre las Formas (remodelando la simetría facial), sobre las Estructuras (longitud de la lengua, del labio, etc..) y sobre las Funciones (facilitando la adquisición del lenguaje, la respiración y la correcta postura corporal). Su labor facilita el trabajo del Cirujano, mediante la orientación de segmentos (Mamelones del maxilar superior) y el trabajo con las cicatrices (soltándolas y volviéndolas a su tonicidad natural). Los Cirujanos van uniendo paulatinamente los segmentos, generalmente en la siguiente secuencia; Labio (a los 3 meses o 5 kilos), Velo (al año de edad), Paladar Duro (aprox. a los 3 años) siendo necesario a veces una Faringo-Plastia (intervención quirúrgica que ayuda a obtener un mejor cierre del Istmo de la Fauces, básico para lograr una buena fonación). Entre los 14 y los 18 años, se dan los últimos retoques a la nariz y al labio. Paralelamente, el Ortodoncista se orienta a la Función (determinada por el equilibrio de las estructuras

óseas y dentaria que permiten realizar la masticación), Fonación y Oclusión (ajuste entre las piezas dentarias superiores e inferiores) a través de la adecuada orientación dentaria. Para el tratamiento Ortodóncico es fundamental que el niño entre los 6 y los 11 años ocupe los aparatos removibles lo que, además, facilita el trabajo de los otros profesionales, que pueden trabajar sobre una estructura ósea mejor establecida.

La utilización de estos aparatos permite fundamentalmente :

- a) el movimiento ortopédico;
- b) la estimulación del crecimiento óseo - facial;
- c) la guía adecuada de la erupción dentaria;
- d) la contención de los movimientos logrados, y
- e) la consolidación de las nuevas posiciones.

El Fonoaudiólogo se preocupa del tratamiento de la voz del paciente tratando la Rinolalia (nasalidad de la voz) y las dificultades en la articulación de los fonemas oclusivos, ("p", "k", "t"), producto de escapes bruscos de aire. Odontológicamente, el tratamiento se orienta a la prevención y curación de las caries y otros problemas que pudiera presentar el niño en relación a esta área. Y, finalmente, el Genetista estudia la posible relación hereditaria de esta malformación, previniendo e informando a los padres de estos niños sobre la probabilidad de que otro hijo nazca con algún tipo de fisura.

1.1.3. Enfrentamiento Terapéutico Psicológico

El tratamiento Psicológico de estos niños, en nuestro país, todavía no ha logrado profundizar lo suficiente en el estudio y manejo de un fenómeno tan impactante y desestructurador para su familia. Hasta ahora consiste en orientar a los padres de bebés fisurados trabajando sobre el impacto y la depresión que suelen sufrir, especialmente en los primeros meses, al ver que su hijo tiene notorias deformidades: dificultades para mamar y síntomas de ahogo cuando duerme. A la vez, se les intenta motivar e informar sobre los prometedores resultados del tratamiento en caso de llevarse a cabo correctamente las intervenciones. Con niños fisurados, el trabajo terapéutico se aboca a desarrollar y estimular su autoestima, destrezas sociales, autoimagen y relaciones parentales. (Muñoz, 1993)

La presencia de un hijo, o hermano fisurado, puede afectar de diversas formas la convivencia familiar a lo largo del tiempo. Las familias deben ir cambiando y adaptándose tanto a las presiones internas (la evolución de sus propios miembros), como a las presiones externas (influencias sociales significativas) para poder seguir funcionando como tales. Para mantener la continuidad de la familia es necesario movilizar pautas transaccionales alternativas

cuando las condiciones internas y externas le exigen una reestructuración en cuanto a sus roles, expectativas, interrelaciones con el medio, etc. Hay veces, sin embargo, en que una familia responde al estrés del desarrollo aferrándose inadecuadamente a esquemas estructurales previos. " El mismo tipo de estrés puede producirse cuando un niño con una deformidad física, por ejemplo Labio Leporino, crece. Es posible que la familia se haya adaptado correctamente a las necesidades del niño cuando este era pequeño, pero a medida que crece y experimenta dificultades en su interacción con grupos extra-familiares de su edad que no lo aceptan, este estrés puede sobrecargar al sistema familiar."

(Minuchin, 1977, pp. 106)

En todo sistema y, por lo tanto, también en el sistema familiar, la conducta de cada uno de sus miembros influye en la conducta de los otros miembros. O sea, todas las conductas están interrelacionadas y son guiadas por una causalidad mutua y circular. Este fenómeno, la Comunicación, sucede en un espacio y un tiempo. " ... en cualquier situación, no solo el comportamiento de los demás tiene valor comunicativo para uno, sino que existen también índices comunicacionales inherentes al contexto físico y psicológico. Estos índices también comunican y provocan efectos importantes en la conducta de las personas." (Simonetti, 1991, pp. 18). Por lo tanto, el comportamiento cambia dependiendo del contexto en el que se manifieste.

De lo anterior se deduce la importancia de considerar la estructura familiar y la interacción de sus miembros, en el tratamiento integral del niño fisurado y, especialmente, en las intervenciones psicológicas. Así es como muchas veces la familia ejerce una importante influencia en el uso y cuidado que los niños fisurados tengan con sus aparatos ortodóncicos removibles. Esa influencia puede manifestarse, en términos de información sobre la importancia de este tratamiento, estimulándolos, aconsejándolos, etc... Por otra parte, también puede afectarse a estos niños avergonzándolos, discriminándolos, o haciéndolos sentirse diferentes a los demás miembros de la familia o de la comunidad.

Resalta , entonces, la importancia de un adecuado diagnóstico psicológico de la situación particular de cada niño fisurado en su sistema familiar. Solo considerando ese contexto puede esperarse un tratamiento psicológico que haga más probable la comprensión y utilización adecuada de los recursos de cada niño.

En general, podría postularse que los niños con Labio Leporino y/o Fisura Palatina no usan las aparatos removibles o lo hacen inadecuadamente, (solo a veces), por las siguientes razones: (Cauvi, 1993)

- a) Incomodidad (al no estar acostumbrados);
- b) Temor al ridículo ;
- c) Dolor (debido a que el aparato se halla deformado por golpes o presiones);

- d) Falta de motivación (no les interesa usarlas) y
- e) Falta de información.

Los padres de niños fisurados, que acuden al Instituto de Malformaciones y Deformaciones Máxilo-Faciales de la Universidad de Chile, a menudo muestran poca motivación respecto al uso de aparatos removibles por parte de sus hijos. En general, esto se debe a que poseen una precaria información de las ventajas del uso de estos aparatos (especialmente en cuanto al tiempo y costo del tratamiento) y a las consecuencias de su utilización inadecuada (básicamente el desaprovechamiento del periodo propicio en el desarrollo Oseo-Facial del niño).

La forma en que se comunica el equipo multidisciplinario, en especial los Ortodoncistas, con los niños y sus familias parecería estar significativamente relacionado con la motivación de estos últimos.

" Toda conducta, y no sólo el habla, es Comunicación, y toda comunicación, incluso los indicios comunicacionales de contextos impersonales, afecta la conducta." (Watzlawick, 1986,pp.24)

Al ser imposible no comunicar, y ante la necesidad de incrementar la frecuencia de uso y cuidado del aparato ortodóncico en Irmadema, aparece como de especial importancia indagar estrategias comunicacionales que complementen y enriquezcan el tratamiento integral de los niños fisurados.

1.2 ESTRATEGIAS DE COMUNICACION TERAPEUTICA

El que sea imposible no comunicar, hace que las personas muchas veces se comuniquen sin tener intención de hacerlo. Aun más, a menudo se comunican mensajes que no se desea transmitir, y/o que son comprendidos de una forma distinta a la esperada. " Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes a su vez , no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por lo tanto, también comunican. " (Watzlawick, 1986, pp. 50)

Podemos afirmar que en general existen tres formas de impartir instrucciones o directivas terapéuticas :

- A) Instrucciones directas, prescripciones y órdenes no empáticas;
- B) Instrucciones directas empáticas; y
- C) Instrucciones indirectas, entre las cuales se encuentran las metáforas.

Cualquiera de los tres estilos comunicacionales puede ser el indicado dependiendo de la situación. Así, por ejemplo, ante una situación de emergencia en que es necesaria una reacción inmediata, es muy probable que el lenguaje directo en base a órdenes sea el preferible. Pero en situaciones donde deba existir una adecuada motivación, control interno y compromiso personal como, por

ejemplo, el caso de un niño fisurado en relación al tratamiento Ortodóncico, podría ser más eficaz una aproximación más indirecta o metafórica. Un aspecto importante a considerar para comprender mejor el fenómeno de la Comunicación, es que además del mensaje se comunica la forma en que este debe ser entendido. " Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación." (Watzlawick, 1986, pp.56)

Los factores que se usan para calificar los mensajes son: el contexto en que se manifiesta (físico y psicológico), las expresiones verbales, las modulaciones vocales y lingüísticas y, las conductas no verbales (factor más usual e intenso de la comunicación humana). (Simonetti, 1991)

1.2.1. Instrucciones directas, prescripciones y órdenes no empáticas

En el Instituto de Malformaciones y Deformaciones Máxilo-Faciales de la Universidad de Chile se ha observado con inquietud, por parte de los Ortodoncistas, que los niños entre los 8 y los 11 años a menudo no usan sus aparatos ortodóncicos removibles adecuadamente, (esto es; cuidándolos y retirándoselos solo para comer). La forma en que los Ortodoncistas se comunican con los

pacientes es en base a instrucciones directas (prescripciones, órdenes, etc...) las que, dependiendo del profesional, se dan en forma más o menos empática (estableciendo Rapport, poniéndose en el lugar del otro, etc). El uso de este tipo de lenguaje puede ser ineficaz si no está bien relacionado con la motivación, necesidades, y capacidad de comprensión del niño, o bien, si le dice lo que debería, o podría, o tendría, la obligación de hacer.

Por ejemplo, mensajes que:

- 1) Ordenan, Dirigen o Mandan;
- 2) Advierten, Regañan o Amenazan;
- 3) Exhortan, Sermonean o Moralizan; y
- 4) Aconsejan, proporcionando soluciones o sugerencias.

También este tipo de lenguaje puede ser humillante para el niño, menospreciándolo o culpándolo. Formas de comunicarse que:

- 1) Juzgan, Critican o Culpan;
- 2) Ridiculizan o Averguenzan (incluso poniendo apodos);
- 3) Interpretan, Diagnostican o Psicoanalizan; o
- 4) Enseñan e Instruyen.

(Gordon, 1990)

Ejemplos de lo anterior serían frases como las siguientes:

- " Si no usas la placa te la vamos a sacar "
- " Cómo es posible que no entiendas ? "
- " Uh... Tú no haces nada de lo que te decimos. Pensar que niños que

tienen más problemas que tú, aprovechan mejor el tratamiento "

- " Es increíble como tu familia pierde su tiempo y su dinero en tu tratamiento, y mira... por no usarlo, el frenillo ni siquiera te entra. "

Según Gordon (1990), el niño interpreta este tipo de mensajes como una negación de sus sentimientos, poca confianza en su capacidad de enfrentar y/o resolver sus problemas, que lo culpan de la situación en que se encuentra, que no es lo suficientemente inteligente, etc.

Las mismas frases, según la corriente Ericksoniana, producirían en el niño " Resistencia ", es decir, sus esquemas conscientes de la realidad las rechazan, las ignoran, e incluso pueden rebelarse a ellas, por ejemplo, haciendo exactamente lo opuesto a lo que se les indica.

Para Bandler y Grinder (1993), los creadores de la Programación Neurolingüística, esas frases serían un método muy eficaz para romper el Rapport (relación de confianza y empatía mutua) con el niño. No se estaría utilizando adecuadamente la forma ni el contenido de la conducta del niño.

Por lo tanto, al no " acompañarlo ", se hace extremadamente difícil el paso siguiente; dirigirlo (a los objetivos deseados).

1.2.2. Instrucciones directas empáticas

En estos mensajes el elemento básico es la comunicación de un sentimiento interior de aceptación hacia el niño. Lo anterior " puede influir en la opinión que el niño tiene de si mismo y lo ayuda a adquirir una idea de su propio valor. Puede facilitar grandemente su desarrollo y actualizar el potencial que el niño recibió genéticamente.

Puede acelerar su camino hacia la independencia y hacia la autodirección. Puede ayudarles a resolver por si mismos los problemas que la vida inevitablemente trae consigo, y puede darle la fuerza para mejorar en forma positiva los desengaños y penas normales de la infancia y de la adolescencia. " (Gordon, 1990, pp.39)

Ejemplos de este tipo de mensajes serían:

- " Entiendo que te aburra usar la placa tanto tiempo, pero es muy importante que lo hagas "
- " Sí, a nadie le gusta que lo molesten en el colegio. Quizás se acostumbren a verte con los frenillos puestos "
- " Debe ser muy desagradable que te estén recordando todo el día que te coloques los frenillos. Talvez exista algún método para recordarlo."

Este tipo de comunicación es menos probable que produzca " Resistencia " en el niño, ya que es menos amenazador para sus esquemas conscientes, y es muy posible que ayude a establecer un grado de Rapport importante con él. Según Erickson y Rossi (1979, 1981) la manera más importante para reducir la resistencia del sujeto es la aceptación de su comportamiento manifiesto y de sus marcos de referencia personales.

Sin embargo, aún con este tipo de mensajes los contenidos más inconscientes podrían no estar siendo suficientemente considerados.

Debido a lo anterior, en esta investigación se estudiaron los efectos de un tipo de lenguaje menos directo y más permisivo sobre la frecuencia y cuidado del aparato ortodóncico removible en niños fisurados. Un lenguaje que permita una comunicación terapéutica a niveles múltiples: el lenguaje metafórico.

1.2.3. Instrucciones indirectas, entre las cuales se encuentran las metáforas

El uso de un lenguaje indirecto y/o metafórico podría aumentar la motivación de los niños fisurados por seguir el tratamiento Ortodóncico aprovechando las condiciones imaginativas y creativas propias del pensamiento en estas edades.

A través de los siglos, las metáforas, en forma de cuentos por ejemplo, han transmitido al mismo tiempo sentidos evidentes y

ocultos; se han dirigido simultáneamente a todos los niveles de la personalidad (conciente e inconciente). " ... en la medicina hindú se ofrecía un cuento que diera forma a un determinado problema, a la persona psíquicamente desorientada, para que esta meditara sobre él. Se esperaba así que, con la contemplación de la historia, la persona trastornada llegara a vislumbrar tanto la naturaleza del conflicto que vivía, y por el que estaba sufriendo, como la sensibilidad de su resolución. A partir de lo que un determinado cuento implicaba en cuanto a la desesperación, a las esperanzas y a los métodos que el hombre utiliza para vencer sus tribulaciones, el paciente podía descubrir, no solo un camino para salir de su angustia, sino también el camino para encontrarse a sí mismo como el héroe de la historia." (Bettelheim, 1991, pps. 37 y 38)

Stevens - Guille y Boersma (1992) citando a Campbell se refieren a la importancia de los cuentos en todas las civilizaciones. " ... los mitos y los cuentos de hadas han sido usados para ilustrar los fundamentos morales de la sociedad a través del tiempo. En su perspectiva, los cuentos de hadas proyectan dos realizaciones fundamentales para toda la gente: 1) la inevitabilidad de la propia muerte y, 2) que el orden social perdura. Las personas necesitan entender su lugar en relación al universo como es entendido por su comunidad. De acuerdo a Campbell la tarea individual es trascender el hecho de la muerte, adaptarse a la comunidad, y saber donde el/ella encajan en el cuadro general. El conocimiento en este sentido

es, por último, una experiencia existencial que se refleja mediante la obtención del significado de la propia vida. Si nosotros sabemos donde y como encajamos en nuestro mundo, la vida puede ser más significativa y podemos alcanzar una mayor plenitud existencial."

Julio Cortázar, al referirse a la característica de los buenos cuentos menciona que " ... son aglutinantes de una realidad infinitamente más vasta que la de su mera anécdota, y por eso han influido en nosotros con una fuerza que no haría sospechar la modestia de su contenido aparente..." .

La complejidad que pueden contener los cuentos ha sido profundamente estudiada y desarrollada por múltiples culturas como una valiosa herramienta para el aprendizaje.

" ... el cuento es un paralelo consistente y productivo de ciertos estados de la mente o una alegoría de ellos, y sus símbolos, como ya dijéramos, son los personajes del cuento, y su forma de conducirse sugiere a cierta área de la mente la forma como la conciencia humana se comporta a veces." (Antología Sufi, pp.11)

Desde un punto de vista comunicacional (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1987, Watzlawick, 1986) la metáfora, como sugerencia indirecta, está apelando a los elementos connotativos del mensaje. O sea, se pretende que el mensaje sea asimilado a un nivel inconsciente (analógico). " Pero, incluso en la vida real, el fenómeno siempre presente del cambio rara vez está acompañado por insight alguno." (Watzlawick, 1986, pp. 221)

Se entiende por metáfora una imagen o frase utilizada para describir o comunicar experiencias de una manera no literal. Entrarían en esta clasificación; (O'Hanlon, 1989, pp. 108).

a) Analogías: una cosa que se asemeja a otra.

(Me siento como si estuviera en un agujero profundo y oscuro) ;

b) Encuadres Metáforicos: cuando hay una imagen implícita en una descripción.

(" Mi mente corría a una velocidad de un kilómetro por minuto. Yo estaba a millones de kilómetros de distancia", aparece el marco o encuadre de " los pensamientos como viajeros "), y

c) Metáfora: se narra una historia (caracterizada por la descripción de un principio , medio y final). Metáfora también puede definirse como una forma lingüística que hace una comparación implícita entre dos entidades diferentes (Erickson, Rossi y Rossi, 1976).

Otra definición de metáfora terapéutica es aquella en la que " un recurso dramático captura la atención y provee un marco alterado a través del cual el cliente puede considerar una experiencia nueva". (Lankton y Lankton, 1986, pp.153)

Es decir, en este tipo de comunicación se relata una historia al paciente que: (Lankton y Lankton, 1986)

a) Capture su atención (atraen la atención del oyente aquellos relatos en los cuales el protagonista representa en forma paralela o encubierta la situación del paciente o alguna de sus características

personales) ;

b) Introduzca drama en la historia (lo cual compromete afectivamente al oyente y, debido a la tendencia al cierre, predispone a esperar el final);

c) En una forma indirecta y experiencial proporciona los elementos terapéuticos que se supone conducirán al cambio deseado.

El tratamiento integral de los niños con Labio Leporino y/o Fisura Palatina empieza en el momento del nacimiento y termina como promedio alrededor de los 16 años. Un tratamiento tan largo supone en el niño el paso de diversas etapas y, por lo tanto, la superación de varios tipos de crisis. Pero, al igual que todas las personas, necesitan imperiosamente encontrar respuestas a sus problemas y angustias existenciales. Y una de las tareas más difíciles en la educación de un niño es la de ayudarle a encontrar sentido a su vida.

Los cuentos plantean en forma breve y concisa un problema existencial, con el bien y el mal omnipresentes al igual que en la vida cotidiana. Esta dualidad exige una dura batalla por resolver un problema moral que el niño supera identificándose con algunos personajes, aprendiendo y consolidando algunos conocimientos que le serán útiles y guiarán su accionar. Los cuentos permiten "... proporcionar al niño actual imágenes de héroes que deben surgir al mundo real por sí mismos y que, aunque ignorando originalmente las cosas fundamentales, encuentran en el mundo un lugar seguro,

siguiendo su camino con una profunda confianza interior. " (Bettelheim, 1991, pp. 20)

Además, cabe destacar, que el significado profundo de una metáfora es distinto para cada persona e, incluso, para la misma persona en diferentes momentos de su vida. Es posible entonces que el mismo cuento sirva en el futuro para ampliar los viejos significados o para sustituirlos por otros nuevos. Los cuentos cumplen con la función de representar de forma imaginaria la esencia del desarrollo humano normal.

La metáfora alienta las propias comprensiones del sujeto para darle un significado al relato, " lo cual inicia el proceso de cambio al alterar las percepciones. Ninguno de los pensamientos, o percepciones, o comprensiones originales es abatido. Por el contrario, se obtienen nuevas asociaciones, nuevos significados y comprensiones, enriqueciendo al cliente en lugar de empobrecerlo." (Lankton y Lankton, 1983, pp.80)

Para que las metáforas se relacionen correctamente con el mundo del paciente es necesario que se establezca una comunicación paralela. Este tipo de comunicación se caracteriza por referirse indirectamente a una experiencia muy similar a la que tuvo, tiene o tendrá el sujeto. Esto se logra básicamente con dos técnicas:

a) Uso de los adjetivos del sujeto.

Las palabras que utiliza una persona se relacionan con la forma que tiene de representarse la realidad. Bandler y Grinder denominan

"Sistemas Representacionales" a las formas con que las personas se representan el mundo. Esto es, en modalidad visual, auditiva o cinestésica. Aunque todas las personas empleamos estas tres modalidades, diferimos en la predominancia de unas sobre las otras. De lo anterior puede inferirse que al pesquisar y utilizar palabras de la modalidad predominante en el sujeto, se facilita el Rapport y la acción terapéutica. (Bandler y Grinder, 1980; Gordon, 1980)

b) " Comunicación un paso al lado "

En este tipo de comunicación se ofrece un tema dramático paralelo y similar al problema presentado. Su proposito es comprometer la atención, así como capturar la percepción consciente e inconsciente. Al usar una anécdota que refleje aspectos del paciente que haya captado el terapeuta, se logra un rapport sutil. (Lankton y Lankton, 1986)

Las metáforas, si están correctamente relacionadas con aspectos del paciente, además de facilitar el establecimiento del Rapport terapéutico (Zeig,1985.,Combs y Freedman, 1990) son herramientas psicológicas especialmente útiles ya que :

- 1) No implican una amenaza ;
- 2) Captan el interés del oyente ;
- 3) Como el paciente tiene que conferirles un significado, fomentan su independencia ya que promueven una acción por propia iniciativa. El cambio proviene desde el interior y no de la directiva del terapeuta ;

- 4) Permiten eludir la resistencia natural al cambio ;
- 5) Son modelos de creatividad para el paciente ;
- 6) Crean confusión y promueven una buena respuesta hipnótica, y ;
- 7) Su impacto en la memoria es mayor, haciendo más memorable la idea expuesta.

En esta investigación se estudió el efecto de ciertas metáforas en niños, por lo tanto, se intentó tomar en cuenta al máximo los criterios sugeridos por Lankton y Lankton (1989, pp.380) para la construcción de metáforas infantiles:

- 1) Hacerlas apropiadas a la edad y grado escolar del niño, con un vocabulario comprensible para él ;
- 2) Las historias deben ser cortas y contener menos drama y detalles verbales debido a su todavía no tan desarrollada capacidad de atención;
- 3) Usar personajes humanos, ya que los niños se identifican más fácilmente con ellos que con objetos inanimados. Las historias basadas en la realidad parecen ser más efectivas ;
- 4) Usar la voz como un recurso dramático. Facilita que los niños se comprometan más con la historia y ;
- 5) Contar las historias lentamente y con énfasis. De esta forma los niños tienen una participación experiencial mayor.
- 6) No deben ser moralizadoras como las fábulas.

Los esposos Lankton, basándose en el estudio del trabajo terapéutico de Erickson, encontraron que las historias terapéuticas que él relataba, versaban sobre diversos tópicos que retomaba con uno y otro paciente. Los Lankton (Lankton y Lankton, 1983, 1986) han clasificado las metáforas terapéuticas en seis tipos (1) Cambios en la estructura familiar, (2) intimidad y/o comportamientos en tareas apropiadas a la edad, (3) reestructuración de actitudes, (4) flexibilidad emocional y capacidad para dar afecto; (5) desarrollo de la imagen de sí mismo; (6) aumento del gozo y disciplina del vivir en medio de los cambios las cuales se corresponden con las metas terapéuticas derivadas de su procedimiento diagnóstico.

Los Lankton no utilizan criterios de la psicopatología, sino que exploran diversas áreas de la vida intrapersonal e interpersonal de sus pacientes (Anexo A). A continuación, en forma concisa, se definen dichas metáforas y sus pautas de construcción : (Lankton, 1985; Lankton y Lankton, 1986, 1988, 1989)

A) Metáforas para cambios en la estructura familiar.

No es probable que el relato de metáforas pueda bastar por sí mismo para la reestructuración de las relaciones en la familia. Sin embargo, especialmente luego de haber estimulado y experimentado recursos relacionados, pueden guiar indirectamente hacia un modelo de reorganización sano. Son los propios miembros de la familia quienes encuentran sus significaciones y sacan sus conclusiones.

Básicamente, este tipo de metáforas ilustra una alteración en la

estructura familiar que resulta en comodidad y bienestar. Constituye un marco externo que sirve para organizar y dirigir la relación de nuevos roles que han sido desarrollados con la recuperación previa de actitudes, conductas y emociones. (Lankton y Lankton, 1989)

Estas metáforas se construyen a través de los siguientes pasos;

- 1) Ejemplificar un síntoma del protagonista, o incomodidad, (que sea obviamente diferente al problema o síntoma del paciente identificado) que exista conjuntamente con una estructura familiar particular.
- 2) Ejemplificar como la organización familiar de los protagonistas cambia como resultado de su interacción diferente.
- 3) Mostrar a través de un punto de interés incidental, pero significativo, que la incomodidad o el síntoma fue resuelto o desapareció después que cambió el patrón relacional de la familia.

B) Metáforas actitudinales.

Las actitudes filtran y organizan nuestras experiencias, nuestra percepción del mundo. Son pautas ideo-sensorias que reducen los datos sensoriales para adecuarlos a las ideas preconcebidas. La metáfora indirecta es un contexto que permitirían a la persona considerar y pensar respecto a las diferentes creencias que suministrarían nuevos hábitos que pueden no ser congruentes con los anteriores. En general, ante un desafío potencial a una actitud se ponen en juego inmediatamente los mecanismos de defensa de la personalidad, siendo muy infrecuente un cambio cuando el desafío es a nivel consciente. Las actitudes son tan básicas para construir el marco de referencia de las personas, que llegan a ser consideradas como verdades. Impiden explorar determinadas experiencias y/o dificultan el hallazgo de nuevas soluciones a los problemas. Las actitudes, al ser filtros que acumulan experiencia, son reforzados en forma continua. Por lo tanto podrían cambiar si se les suministra al menos un ejemplo contradictorio que pueda burlar las defensas del yo y ser advertido por el sujeto. (Lankton y Lankton, 1989)

Se construyen a través de los siguientes pasos :

- 1) Examen de las conductas y actitudes en cuestión, desde las percepciones del protagonista.

- 2) Examen de los comportamientos y actitudes opuestas, desde la perspectiva de otro protagonista; o el examen del mismo comportamiento desde la percepción de otras personas significativas.
- 3) Relación de la (s) consecuencia (s) del (los) comportamiento (s) para las percepciones mantenidas por ambos, el protagonista y/o los otros observadores.

C) Metáforas Conductuales.

Su propósito es proporcionar contextos en los cuales pueda ejemplificarse - idealmente en forma repetida - un comportamiento deseado, o numerosos aspectos de ese comportamiento.

Si de acuerdo al diagnóstico encontramos que el paciente no ha tenido suficientes oportunidades de aprender, ser modelado o reforzado en determinadas conductas en su historia de aprendizajes, la metáfora puede convertirse en un instrumento que permita modelarle comportamientos, dándole oportunidades para considerarlos, pensar al respecto, identificarlos e integrarlos en formas relevantes.

Se construyen a través de los siguientes pasos;

- 1) Enfatizar las metas y no los motivos y detalles de la conducta observable del protagonista. Este comportamiento será similar al que se desea que adquiera el paciente.
- 2) Detallar el diálogo interno del protagonista y las conductas no observables que utiliza en sus

acciones para lograr su objetivo. Ellas también podrán ser usadas por el cliente. 3) Al cambiar el contexto dentro de la historia, suministrando oportunidades para repetir las descripciones conductuales varias veces.

D) Metáforas para la construcción de la Imagen de Sí Mismo.

Sus objetivos son :

- 1) enseñar un recurso de visualización sistemática para la dirección de sí mismo;
- 2) asociar estados de sentimientos deseados a una imagen de sí mismo, y
- 3) configurar la percepción y estados sentimentales relacionados, para manejar las situaciones - problema específicas, así como también un aumento en la calidad de vida del paciente.

Lo anterior se hace de acuerdo a las necesidades de cada persona. Se focaliza la atención hacia el contenido específico del relato y, al mismo tiempo, se ensaya la orientación hacia las metas.

Se construyen a través de los siguientes pasos;

- 1) Construcción de la imagen de sí mismo central. Es fundamental para el pensamiento de la imagen de sí mismo. Es un punto de referencia central. Primero se dirige al paciente a descubrirse a sí mismo para luego ir indagando y recuperando en forma sistemática experiencias personales de características psicológicas o cualidades que la persona quiere poseer (recordando e incluso

imaginándoselas).

2) Escenarios de la imagen de sí mismo. Los escenarios y/o las escenas se le han preguntado antes al paciente; se lo hace verse a sí mismo interactuando en ellos con un grado de dificultad progresiva.

3) Desarrollo de percepciones futuras (imágenes emanadas). Es un proceso de progresión en el tiempo. Es útil incluir en la historia un contexto en el cual el protagonista esté viendo un reflejo de sí mismo; puede ser en un espejo, a través de una ventana, etc.

E) Metáforas afectivas.

En general, puede afirmarse que los cambios en las emociones serán acompañados por cambios correspondientes en las actitudes, comportamiento, imagen de sí mismo, estructura familiar, etc. No se trata de imponer la emoción en el paciente, sino de ofrecerle la experiencia en una forma indirecta. Esto permite que aunque la meta que se persigue sea muy específica, la metáfora brinde un amplio rango de respuestas idiosincráticas del paciente. Puede describirse la emoción que está experimentando el protagonista, pero el paciente es libre de identificarse o disentir con el personaje.

Se construyen a través de los siguientes pasos;

1) Establecer una relación entre el protagonista y una persona, lugar o cosa que involucra la emoción o afecto (v.g. cariño, ansiedad, dominio, confusión, amor, anhelos).

2) Detallar el movimiento en la relación (v.g. moverse con, moverse

hacia, alejarse, persecución, huida, orbitar alrededor de).

3) Detallar los cambios faciales observables y los cambios fisiológicos internos que coinciden con la emoción construida en el protagonista (asegurarse de coincidir en parte con la conducta del paciente).

F) Metáforas para la disciplina y el gozo de la vida.

Debe ser paralela al problema presentado por el cliente y considerar las necesidades de cambios conductuales, actitudes o afectos, para facilitar un mayor gozo y disciplina de la vida. Estos no son conceptos contradictorios, según los Lankton, ya que se puede disfrutar el realizar con disciplina algún aspecto de la vida. Es importante el trabajo previo de recuperación y construcción de recursos (motivación, actitudes, comportamientos, etc.) para que estas metáforas cumplan su objetivo.

Se construyen a través de los siguientes pasos;

- 1) Crear una situación metafórica, o una serie de metáforas paralelas a la situación o dificultad del cliente.
- 2) Elicitar y recuperar la experiencia requerida focalizando la consciencia del cliente en los medios para llegar a una solución creativa a través del esfuerzo apropiado, o como podría encontrar placer en el proceso.
- 3) Entregar instrucciones, consejos o directivas dentro de la metáfora, como citas entrelazadas, sugerencias intercaladas, y/o la experiencia metafórica del protagonista dentro del guión.

1.3 TRANCE HIPNOTICO

1.3.1. Conceptos Generales

El estado especial de consciencia denominado trance hipnótico es difícil de definir, y existen muchas teorías al respecto. (Gilligan, 1987)

Para los fines de la presente investigación se usará el concepto de trance hipnótico descrito por Erickson, es decir, un estado especial de consciencia en el cual el paciente está más receptivo a las ideas y comprensiones terapéuticas. (Erickson, 1954/1980, 1959/1985, 1966/1980)

En el enfoque terapéutico desarrollado por Erickson el estado hipnótico es un producto de la interacción comunicacional entre dos o más personas, a través de la cual se debilitan los esquemas conscientes del sujeto (orientación de realidad) y se entregan mensajes que llevan a una búsqueda inconsciente de significados que se traducen en respuestas involuntarias, es decir, hipnóticas. (Erickson, Rossi y Rossi, 1976)

En este enfoque hipnótico encontraremos tres elementos

fundamentales :

a) Naturalístico : la hipnosis, como fenómeno, es un evento de ocurrencia cotidiana al que todas las personas pueden acceder. Se trata de evocar procesos mentales naturales, propios de la vida cotidiana. (Erickson y Rossi, 1979; Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Rossi, 1982)

b) Utilización : tanto en la inducción de trance como en su mantención y trabajo terapéutico, se utilizan los comportamientos verbales, no-verbales, valores y aprendizajes del sujeto, con el fin de generar una reorganización de sus experiencias que se traducirá en un cambio terapéutico. Lo anterior se traduce en estrategias de inducción de trance individualizadas a la disposición a responder del sujeto. (Erickson y Rossi, 1979; Gilligan, 1987)

c) Indirección : para la inducción de trance, y para el trabajo terapéutico, se utilizan sugerencias indirectas que intentan rodear los esquemas conscientes del paciente , para movilizar procesos y recursos inconscientes. Las sugerencias indirectas no determinan lo que el paciente debe hacer, sino que exploran potencialidades y facilitan que el paciente pueda responder en un nivel autónomo. Existen diversos tipos de sugerencias indirectas (mezclado o diseminización, verdades obvias, sugerencias no saber o no hacer, sugerencias de final abierto, etc.). Las metáforas son un tipo de

sugerencia indirecta. (Erickson y Rossi,1979; Erickson, Rossi y Rossi, 1976)

Erickson y Rossi (1976, 1979) describen el paradigma de las cinco fases de la inducción y sugestión hipnótica de la siguiente manera:

- 1) Fijación de la atención (usando; Anécdotas que motiven, Levitación de mano, Relajación y todas las formas de experiencias internas, Inducción no verbal).
- 2) Debilitación de los marcos habituales y marcos de creencias (usando; Shock, Vínculos y Dobles Vínculos, Paradojas, Confusión, etc.)
- 3) Búsqueda inconsciente. (rodeando limitaciones conscientes y buscando nuevas asociaciones).
- 4) Procesos inconscientes. (nuevas asociaciones).
- 5) Respuesta hipnótica. (Es mediada por procesos inconscientes, aparece autónomamente y provee de una sensación de sorpresa).

Desde un punto de vista técnico, el terapeuta podrá comprobar si su paciente esta en trance hipnótico al presentar este diversos indicadores corporales (Erickson, Rossi y Rossi, 1976) y una disposición a atender y responder a los matices comunicacionales del terapeuta (Rossi, 1982; Zeig, 1988), siendo

innecesario que obligatoriamente cierre sus ojos y parezca dormido.

Algunos indicadores de trance más frecuentes son: (Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Erickson y Rossi, 1979)

- Ideación autónoma y experiencia interna
- Reorientación del cuerpo después del trance
- Pérdida o retardo de los reflejos
- Fenómenos hipnóticos espontáneos
- Respuestas psicósomáticas
- Sentimientos distanciados o disociados
- Tonicidad balanceada
- Inmovilidad del cuerpo
- Comodidad y relajación
- Expectativa
- Literalidad
- Cambios pupilares

Puede hablarse de distintos grados de profundidad en un trance hipnótico, y que se diferencian por el nivel de debilitación de los esquemas conscientes de la persona. Es así como en esta investigación, dadas las condiciones ambientales, se optó por un trance leve, es decir, sin una debilitación muy aguda de los esquemas de consciencia habitual en el niño. Sin embargo, desde el punto de vista de Erickson (1952, 1980), se define " trance profundo " como el estado especial de consciencia en el cual el sujeto está receptivo

a las sugerencias del terapeuta, sin interferencias de la mente consciente.

1.3.2. Hipnosis con niños

La hipnosis con niños es similar a la de adultos. Deberá atraerse la atención de estos (Rossi y Ryan, 1985) al tiempo que se usa un lenguaje apropiado a su estilo de pensamiento (Wester y O'Grady, 1991).

Es decir, el acercamiento hipnótico debe ser hecho a la medida del niño, atendiendo a sus características emocionales, cognitivas, de lenguaje y desarrollo social para las distintas etapas de su desarrollo.

Uno de los requisitos para un trabajo exitoso en hipnosis con niños es que este se adapte a la edad del niño. (Hammond, 1990 ; Wal, 1991). Los niños que participaron en la presente investigación tenían entre 8 y 11 años y, por lo tanto, según Piaget, estaban en el periodo de las Operaciones Concretas. " En grado mucho mayor que su contraparte más joven, da la decidida impresión de poseer una sólida base cognitiva, algo flexible y plástica, y no obstante consistente y durable, con lo cual puede estructurar el presente en función del pasado sin tensiones ni dislocaciones indebidas,..." (Flavell, 1963, p.165) Producto de lo anterior va aumentando paulatinamente su capacidad para usar representaciones internas de actos y actividades, tienen un pensamiento concreto y son capaces de

interpretar matices para extraer un significado (por ejemplo : por la entonación de la voz). Por lo tanto, se pueden usar técnicas hipnóticas muy variadas y metáforas terapéuticas con un contenido rico en símbolos.

Para evocar un trance hipnótico en niños entre 7 y 11 años, tomando en consideración su nivel de desarrollo, se sugieren las siguientes técnicas : Imaginar un lugar favorito, actividad o música; imaginarse volando en una alfombra mágica; cambios de color o de forma en las nubes; fijación de ojo en un punto de la mano, etc. (Pacheco, 1993; Herreros y Venegas, 1991).

1.3.3. Uso de metáforas terapéuticas en hipnosis

Las metáforas pueden ser de gran utilidad en el tratamiento terapéutico, como también en la evocación de fenómenos hipnóticos, pues al igual que en un buen relato pueden " ... lograr ese clima propio de todo gran cuento, que obliga a seguir leyéndolo, que atrapa la atención, que aísla al lector de todo lo que lo rodea para después, terminado el cuento, volver a conectarlo con su circunstancia de una manera nueva, enriquecida, más honda o más hermosa".

(Cortázar)

Puede suponerse que las metáforas son más efectivas durante el trance hipnótico, pues el sujeto está más dispuesto a seguir directivas con el objeto de recuperar el equilibrio perdido en sus

esquemas conscientes.

Sin embargo, pueden ser igual de útiles cuando el paciente presenta una " disposición a atender " (Rossi, 1982) al terapeuta en un intercambio interaccional con elevado Rapport y en donde sus esquemas conscientes también están debilitados. Se ha comprobado que el relato de anécdotas de casos de otras personas también tiene como efecto la movilización de procesos internos y el logro de respuestas terapéuticas en el paciente. (Lankton y Lankton, 1986; Zeig, 1980)

Las metáforas son un recurso muy útil no solo para establecer Rapport, sino también para el proceso de diagnóstico, inducción y utilización del tratamiento hipnótico. (Robles, 1991)

Es posible diagnosticar el grado de absorción del sujeto en el relato, el estilo de respuesta (importante para evaluar si el paciente responde mejor a las sugerencias directas o indirectas), tipo de atención (focalizada o difusa, interna o externa), así como la necesidad de control en las relaciones sociales (prefiere estar subordinado, subordinar o relaciones simétricas).

En la inducción del trance las metáforas participan en el proceso de desbaratamiento del estado de conciencia habitual de la persona (generando confusión y aumentando la susceptibilidad a las sugerencias subsiguientes), y en el pautamiento (estableciendo los parámetros experienciales de lo que puede significar un estado hipnótico en el sujeto y también permitiendo que el sujeto pruebe por

si mismo algunos fenómenos hipnóticos).

Las metáforas en la fase de utilización en hipnoterapia pueden emplearse de variadas maneras: para formular o ejemplificar una opinión, intensificar una motivación, sembrar ideas, recordarle al sujeto su potencial aún insospechado de aprendizaje, etc.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de esta investigación consistió en comparar la eficacia de tres estilos comunicacionales, respecto al uso y cuidado de aparatos ortodóncicos removibles en una muestra de pacientes con Labio Leporino y Fisura Velo Palatina operados.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

A) Comparar la eficacia de la comunicación indirecta metafórica en estado vigil, respecto a la eficacia de la comunicación directa, en el estímulo al uso de aparatos ortodóncicos removibles en el tratamiento de niños con Labio Leporino y/o Fisura Velo Palatina operados.

B) Comparar la eficacia de la comunicación indirecta metafórica

entregada en trance hipnótico respecto a la comunicación directa, en el estímulo al uso de aparatos ortodóncicos removibles en el tratamiento de niños con Labio Leporino y/o Fisura Velo Palatina operados.

C) Comparar la eficacia de la comunicación indirecta metafórica en estado vigil, respecto a la comunicación indirecta metafórica entregada en trance hipnótico.

D) Enseñar formas alternativas de comunicación a las que actualmente se ocupan, que optimicen el resultado del tratamiento ortodóncico a los niños fisurados.

E) Incorporar técnicas que mejoren la eficacia del tratamiento a los niños fisurados entre los ocho y los once años.

3. METODOLOGIA

3.1 ASPECTOS GENERALES

Actualmente los niños con Fisura Velo Palatina y /o Labio Leporino, en general, son atendidos en el Instituto de Malformaciones y Deformaciones Máxilo-Faciales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, en la Asignatura de Traumatología y Prótesis de la Facultad de Odontología que funciona en el Hospital Jose Joaquín Aguirre y en la Fundación Gantz. Los niños fisurados de un nivel socio-económico más alto, suelen atenderse en forma particular. Gracias a ciertos convenios, todos los niños pueden ser atendidos en las mejores condiciones posibles (en cuanto a clínicas y cirujanos), pudiendo por tanto, acceder a un tratamiento adecuado todos los pacientes portadores de esta anomalía .

Esta investigación se efectuó en el "Instituto de Rehabilitación de Malformaciones y Deformaciones Máxilo-Faciales" de la Universidad de Chile. Este Instituto cuenta con el trabajo conjunto de un equipo interdisciplinario especializado en el problema; Genetista, Kinesiólogo, Cirujano Máxilo-Facial, Ortodoncista, Fonoaudiólogo, Odontopediatra, Protesista y recientemente un Psicólogo . La elección del Instituto como lugar para desarrollar

esta investigación obedeció a la inquietud y apertura que allí manifestaron frente a nuevas herramientas que permitieran mejorar y facilitar el tratamiento de los niños fisurados.

Se llevó a cabo una Investigación Experimental de Diseño Antes - Después con Grupo de Control, con serie cronológica múltiple, en la que se asignaron aleatoriamente los sujetos a tres grupos : dos grupos experimentales y un grupo control, y en la que se manipuló la variable independiente, que consiste en entregar dos tipos de tratamiento a los grupos experimentales (uno a cada uno), y que se enfrentan con un grupo control que no recibió ninguno de estos tratamientos.

El diseño se concibió no con una única medición post-intervención, dado que se supuso que la influencia de la variable independiente sobre la dependiente tardaría en manifestarse.

3.2 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

3.2.1 Variables Dependientes

Se evaluó la influencia del tratamiento sobre variables de índole Ortodóncica, que poseen la connotación de ser altamente objetivables :

a) Grado de facilidad o dificultad en la colocación del Aparato removible en la boca del niño : los Ortodoncistas consideraron este criterio como fundamental para discriminar la frecuencia de uso y el cuidado del Aparato. El Aparato se coloca fácilmente en la boca cuando ha sido usado correctamente.

b) Báscula del Aparato Ortodóncico Removible : cuando el aparato no se usa adecuadamente este se desplaza levemente de un lado a otro del sitio de ubicación, sin embargo, cuando el aparato ortodóncico se usa en forma adecuada entra suavemente y queda estable en su sitio.

Esta báscula fue evaluada por los ortodoncistas .

c) Activación (Movimiento) del Tornillo de Expansión del Aparato Ortodónico Removible: Esta activación propende a estimular el desarrollo transversal o antero-posterior del maxilar de modo que posibilite un adecuado y ordenado desarrollo de las piezas dentarias dentro del arco. Se indicaron dos, uno o, ningún punto dependiendo de las necesidades de cada niño y luego se evaluó el cumplimiento de la directiva.

d) Observación General: por tratarse de un tratamiento complejo y haber múltiples factores orgánicos y ambientales de importancia en la evaluación del uso y cuidado del Aparato (extracciones, aparatos ortodóncicamente mal ajustados, etc.), se consideró de gran importancia la evaluación general del ortodoncista.

3.2.2 Variables Independientes

Son variables que corresponden al estilo comunicacional con el que se impartieron las directivas para el uso de los aparatos.

Estas son :

a) Mensaje Metafórico en vigilia

Este mensaje es "un recurso dramático que captura la atención y provee un marco alterado a través del cual el cliente puede considerar una experiencia nueva" (Lankton y Lankton, 1986, pp.153).

Estando el sujeto en vigilia se construyó Rapport, captándose así su atención, y con un tono suave de voz, lento y dramático se le relataron cuatro historias terapéuticas; en la segunda sesión una actitudinal y una conductual y, en la tercera sesión una que abordó la imagen de sí mismo y otra que abordó la estructura de su familia para que así las metáforas no entren en conflicto con la dinámica familiar en que vive el niño.

b) Mensaje Metafórico en trance hipnótico

Esta variable permite que el niño pueda considerar nuevas experiencias (gracias a que se captó su atención y a que se le facilitó un marco de referencia adecuado) en un estado especial de consciencia que le permite estar " más receptivo a las ideas y comprensiones terapéuticas" (Erickson, 1954/1980, 1959/1980, 1966/1980)

Luego de haber obtenido Rapport, se indujo trance hipnótico al sujeto en un acercamiento que dependió de las características del niño (Erickson, Rossi y Rossi, 1976, Wester y O'Grady, 1991), se

profundizó el trance y se procedió con un tono de voz adecuado, a relatarle las historias terapéuticas, considerando tanto las características de personalidad del niño, como su dinámica familiar.

Las metáforas se construyeron considerando las metas terapéuticas derivadas de los Criterios Diagnósticos de los Lankton (Anexo A). Se utilizaron cuatro tipos de metáforas : Actitudinales, Conductuales, para la Construcción de la Imagen de Sí Mismo, y para cambios en la Estructura Familiar.

3.3 CARACTERISTICAS DEL UNIVERSO

Incluyó a todos los niños y jóvenes entre 7 y 13 años, que presentan la Malformación Máxilo-Facial denominada Labio Leporino y/o Fisura Palatina operada, y que se atendían en los centros especializados en esta alteración de la Región Metropolitana.

3.4 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

Se trabajó con una muestra intencionada o de elección razonada dado que los elementos que la conformaron fueron elegidos de acuerdo a ciertas características establecidas en el diseño experimental, y en base a un seguimiento efectuado el año 1992. Así se optó, como primer criterio de intencionalidad, por trabajar con los niños que presentan Labio Leporino y/o Fisura Velo Palatina operados que asistían al " Instituto de Malformaciones y

Deformaciones Máxilo-Faciales de la Universidad de Chile".

Y como segundo criterio, se optó por trabajar con niños entre los ocho y los once años debido a que entre estas edades hay una mayor proporción de niños que manifiestan problemas en el uso de aparatos ortodóncicos. Se trabajó con todos los niños en ese rango etario que eran atendidos en esa institución, y en principio estuvo compuesto por 21 niños, que se asignaron aleatoriamente a los tres grupos, previa homogenización de los pacientes según sus Dinámicas Familiares y la constancia actual en el uso y cuidado de sus aparatos ortodóncicos. La homogenización según los criterios anteriores tiene un objetivo de control: evitar que en un grupo, por ejemplo, quedara una mayor proporción de niños que usan adecuadamente los aparatos que en otro, lo que constituye una variable que se considera podría haber influido sobre los resultados del experimento.

La muestra teórica para la presente investigación quedó conformada de la siguiente manera:

GRUPO EXPERIMENTAL "A"	7 SUJETOS
GRUPO EXPERIMENTAL "B"	7 SUJETOS
GRUPO CONTROL	7 SUJETOS

3.5 HIPOTESIS

- 1) En ambos grupos experimentales y en el grupo control no se observarán diferencias significativas, en cuanto al uso y cuidado de sus aparatos ortodóncicos removibles, antes del inicio del tratamiento.
- 2) Se observarán diferencias significativas y positivas en el grupo experimental " A " en cuanto al uso y cuidado de sus aparatos ortodóncicos removibles después de la intervención.
- 3) Se observarán diferencias significativas y positivas en el grupo experimental " B " en cuanto al uso y cuidado de sus aparatos ortodóncicos removibles después de la intervención.
- 4) En el Grupo Control no se observarán diferencias significativa en cuanto al uso y cuidado de los aparatos ortodóncicos removibles en las evaluaciones después de la intervención.
- 5) Se observarán diferencias significativas y positivas en los resultados del grupo experimental " A " respecto al grupo control,

en cuanto al uso y cuidado de los aparatos ortodóncicos removibles, después de la intervención.

6) Se observarán diferencias significativas y positivas en los resultados del grupo experimental " B " respecto al grupo control , en cuanto al uso y cuidado de los aparatos ortodóncicos removibles, después de la intervención.

7) En ambos grupos experimentales no se observarán diferencias significativas en cuanto al uso y cuidado de sus aparatos ortodóncicos removibles en las evaluaciones después de la intervención.

3.6 PROCEDIMIENTOS

1) Entrevista a los 21 niños en forma individual.

Corresponde al comienzo del tratamiento personalizado, centrándose en el establecimiento de Rapport y en el conocimiento de sus creencias, aficiones, dificultades y logros.

2) Entrevista al familiar que acompaña al Instituto, a cada uno de los sujetos del estudio.

El objetivo de esta entrevista fue determinar la información y actitudes de los familiares respecto a la Malformación, posibilidades de Desarrollo, etc., material que se incluyó en el trabajo metafórico con el niño. Para lo cual se aplicó una pauta ad hoc para esta investigación. (Anexo D)

3) En sesiones privadas se le entregaron a cada niño del grupo "A", cuatro metáforas terapéuticas en estado vigil.

Estas metáforas fueron personalizadas (de acuerdo a los datos extraídos de la primera entrevista) y distintas unas de otras, entregándose en la segunda y tercera entrevista respectivamente. El objetivo de estas metáforas fue que los niños usaran y cuidaran sus aparatos ortodóncicos, sin que, por lo tanto, estos entraran en

conflicto con sus expectativas y características personales.

4) En sesiones privadas se les entregó a cada niño del grupo "B", cuatro metáforas terapéuticas en trance hipnótico.

Estas metáforas tuvieron las mismas características y objetivos de las del grupo "A", y se aplicaron también en la segunda y tercera sesión respectivamente.

5) Las variables dependientes se evaluaron en un seguimiento mensual por un periodo de cinco meses.

3.7 CRITERIOS DE CONFIABILIDAD DE LA INVESTIGACION

Los Ortodoncistas definieron y evaluaron si el aparato ortodónico basculaba o no, con que facilidad entraba en la boca, si se produjo la expansión esperada con la activación del tornillo del aparato removible, e hicieron una observación general de cada caso en las distintas evaluaciones. Dado que los criterios para las variables "bascula" y "expansión" del aparato fueron definidas en forma precisa, la evaluación de estas mediciones fue totalmente objetiva, condición básica para la confiabilidad de los resultados que se obtuvieron.

Siguiendo el mismo objetivo la observación general y la evaluación de la facilidad con que el aparato entra en la boca, fueron llevados a cabo por los ortodóncistas .

Los criterios fueron definidos para cada evaluación :

MOVIMIENTO DE BASCULA

(SI - NO)

ACTIVACION DEL TORNILLO DE EXPANSION

BUEN USO (dos giros)

REGULAR (un giro)

MAL USO (sin giro)

COLOCACION DEL APARATO

BUEN USO (entra suavemente)

REGULAR (entra con cierta dificultad)

MAL USO (entra con dificultad o no entra)

3.8 CRITERIO DE VALIDACION DE LAS METAFORAS TERAPEUTICAS

Se sometieron al juicio de expertos psicólogos especialistas en Hipnosis Ericksoniana, el análisis de las metáforas terapéuticas que se utilizaron, para determinar su validez de contenido.

Además se grabaron en cintas de audio las sesiones terapéuticas, para que dichos psicólogos evaluaran el estilo comunicacional utilizado en la transmisión del mensaje terapéutico, con el objetivo de asegurar que las metáforas fueron transmitidas de una forma adecuada.

3.9 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS RESULTADOS

La variable dependiente definida como " Activación del Tornillo de Ajuste del Aparato Ortodóncico Removible" se consideró a un nivel ordinal de medición, y por lo tanto, se consideró utilizar U de Mann-Whitney para grupos independientes en las evaluaciones

de las diferencias entre los grupos experimentales y control. Para el caso de las evaluaciones de las diferencias intra-grupos antes-después, se consideró usar la Prueba de Wilcoxon .

La Báscula del Aparato Removible se evaluó una variable de nivel ordinal y, por lo tanto, se consideró usar el Test Mc Nemar para significancia del cambio , para evaluar la presencia o ausencia de cambio entre las evaluaciones antes - después intragrupos. En cuanto al análisis de los resultados de esta variable entre los grupos, se consideró utilizar χ^2 . Los resultados se interpretaron con un nivel de confianza = 0.05

4. ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 ETAPAS

4.1.1 Elección de los sujetos

Tal como lo expresado, dentro del universo de niños con Labio Leporino y/o Fisura Velo Palatina operados se eligió una muestra en base a los siguientes criterios de muestreo :

- a) Edad: niños entre 8 y 11 años
- b) Tipo de tratamiento: que estuvieran usando un aparato ortodóncico removible.

Al momento de iniciar esta investigación (junio 1994) se debieron descartar tres sujetos considerados, debido a que vivían en zonas muy alejadas y acudían irregularmente a tratamiento. Se evaluó por esta razón como muy improbable poder llevar a cabo algún tipo de seguimiento con ellos. Por consiguiente, la muestra real quedó constituida por 18 niños.

4.1.2 Asignación de los sujetos a los grupos de la investigación

Siendo el objetivo conformar dos grupos experimentales y uno control homogéneos en cuanto a la adhesión al tratamiento se siguieron dos pasos; revisión de las fichas clínicas y discusión de las conclusiones con el equipo de ortodoncistas de Irmadema (Instituto de Malformaciones y Deformaciones Maxilo-Faciales de la Universidad de Chile).

La revisión de las fichas clínicas fue hecha en base a la observación de la evolución y adhesión al tratamiento ortodóncico de los niños. Especial importancia tuvieron los registros relacionados con:

- a) Logro de los movimientos dentarios esperados;
- b) Asistencia a los controles ortodóncicos; y
- c) Pérdidas, rompimientos y/o deformaciones del aparato ortodóncico removible.

De acuerdo a estos criterios se asignaron con la ayuda de un ortodoncista los niños a los tres grupos, permitiendo así contar con grupos balanceados en la influencia de una variable importante para el éxito del experimento.

Para encontrar un consenso en esta asignación de los sujetos, se presentaron los resultados al equipo de ortodoncistas de

Irmadema, dirigido por la Dra. Doris Cauvi. Este equipo hizo las acotaciones y correcciones pertinentes.

Luego de lo anterior, aleatoriamente los grupos fueron designados como Grupo Experimental A (metáforas terapéuticas con trance hipnótico), Grupo Experimental B (solo metáforas terapéuticas) y Grupo Control (sin ningún tipo de intervención metafórica). Cada grupo quedó constituido por seis sujetos: dos que cumplían adecuadamente el tratamiento y cuatro que no lo cumplían adecuadamente.

A partir de ese momento los ortodoncistas no estuvieron en conocimiento de a que grupo de la investigación pertenecía cada niño.

B= BUEN CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

M= MAL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

GRUPOS	SUJETOS	
GRUPO A	6	2 B 4 M
GRUPO B	6	2 B 4 M
GRUPO CONTROL	6	2 B 4 M

4.1.3 Entrevista individual a los niños y a sus familiares

Se entrevistó a cada niño y a él o los familiares que lo acompañaban a los controles ortodóncicos. Esta etapa duró aproximadamente un mes y medio hasta que todos los niños de los grupos experimentales fueron entrevistados.

Los objetivos de la entrevista fueron los siguientes:

- a) Indagar la información que tenían sobre el tratamiento (especialmente su importancia y duración) ;
- b) Indagar características de personalidad y/o factores interaccionales que pudieran influir en el tratamiento. ;
- c) Establecer Rapport con los niños y crear expectación hacia las próximas sesiones.

4.1.4 Intervenciones metafóricas con y sin trance hipnótico

A partir de agosto y hasta mediados de septiembre de 1994 se realizaron las sesiones en que se impartieron las metáforas terapéuticas a los niños fisurados de ambos grupos experimentales. Con el grupo control no se hizo ningún tipo de intervención metafórica. A cada grupo experimental se le impartieron cuatro metáforas; dos en la primera sesión y dos en la segunda. Al grupo experimental " A ", en cada sesión, antes de narrarles las metáforas,

se les indujo un trance hipnótico leve.

La elección de las metáforas para cada niño dependió de sus características personales, así como también fueron personalizadas las inducciones de trance y las narraciones de las metáforas. Del mismo modo fue necesario incorporar las variables ambientales (ruidos, interrupciones, etc...) y personales (molestias, congestiones nasales, etc...). No obstante, la influencia de estas variables, al manifestarse homogéneamente en todos los grupos, no alcanzó a constituirse una fuente de inestabilidad para el experimento.

4.1.4.1 Primera sesión

En esta sesión se impartieron a cada niño de los grupos experimentales dos metáforas; una actitudinal y otra comportamental. Se procuró establecer un adecuado Rapport y generar expectación respecto a las metáforas de la siguiente sesión.

4.1.4.2 Segunda sesión

A cada niño de los grupos experimentales se le impartieron dos metáforas; una tendiente a generar cambios en la estructura familiar y otra para la construcción de la imagen de si mismo.

4.1.5 Seguimiento y evaluación de los grupos experimentales y del grupo control

Este seguimiento tuvo una duración de 4 meses (del 15 de septiembre de 1994 al 19 de enero de 1995).

La evaluación estuvo a cargo del equipo de ortodoncistas para los que se confeccionó una pauta de evaluación que consistió en los siguientes items:

- a) Colocación del Aparato Ortodóncico Removible
- b) Báscula del Aparato Ortodóncico Removible
- c) Activación del Tornillo
- d) Observación general

Al comenzar a usar esta pauta los ortodoncista manifestaron que para evaluar correctamente todos los casos era de vital importancia privilegiar la observación general. Esto se debe a que cada niño tiene un ritmo de desarrollo máxilo-facial distinto y por lo tanto necesidades diferentes, por lo que es imposible estandarizar las variables Activación del Tornillo, Colocación y Báscula del Aparato Ortodóncico Removible. Estas variables son muy importantes pero están subordinadas a la observación general. Algunos de los factores que influyen en el tratamiento y que deben ser considerados son: la erupción de piezas dentarias, la necesidad de extraer una pieza

dentaria, el tamaño maxilar, etc...

Debido a lo anterior, se usaron los cuatro ítemes, aunque se privilegio la observación general.

Durante el primer mes de seguimiento de observó la deserción de tres sujetos; uno de cada grupo. Esto se debió en dos casos a razones económicas y en el otro caso a la necesidad de cambiar el tipo de tratamiento ortodóncico. Cabe agregar también, que a uno de los sujetos del grupo experimental A recién se lo pudo evaluar durante el cuarto mes, debido a la necesidad de extraerle un diente durante ese periodo.

4.2 CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS

En general los niños fisurados que asisten a Irmadema pertenecen a un nivel socio - económico bajo. Es así como algunos de ellos abandonan el tratamiento durante ciertos periodos.

La inestabilidad laboral de sus padres, junto a una pobre educación, en algunos casos se manifiesta en creencias erradas sobre esta alteración así como de la importancia, implementación y duración del tratamiento.

Lo anterior tiende a crear en los niños y en sus familiares desmotivación por el tratamiento o expectativas equivocadas. También se manifiesta en ausencias a los controles ortodóncicos.

4.3 IRMADEMA

Irmadema funciona en la Escuela de Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

El espacio físico con que se cuenta para atender a estos niños es muy reducido. Incluso el pasillo donde esperan los pacientes está absolutamente copado, ya que también en una sala contigua se atiende a pacientes que padecen de otras patologías.

Los ortodoncistas trabajan en una sala pequeña y en general deben hacerlo en forma breve por la escasez de tiempo. Esto impide un contacto más personalizado con los pacientes.

Las intervenciones metafóricas fueron llevados a cabo en un pabellón odontológico y sufrieron de constantes interrupciones ya sea por llamados telefónicos, enfermeras, doctores e incluso del personal que mantiene los equipos odontológicos. Las metáforas terapéuticas y especialmente el trance hipnótico fueron adaptados constantemente a las condiciones ambientales de incomodidad, ruido e incluso a madres que deseaban volver rápidamente a sus ocupaciones.

4.4 RESULTADOS

Para analizar los datos con mayor claridad, se dividió los resultados en dos momentos; del 15 de septiembre al 3 de noviembre (fecha en que todos los sujetos habían sido atendidos por lo menos una vez), y del 9 de noviembre hasta el 19 de enero.

Por tratarse de una muestra tan pequeña de sujetos sólo se observaron algunas diferencias significativas en los grupos luego de las intervenciones metafóricas. Sin embargo al analizar los resultados en forma cualitativa se observan cambios en los grupos experimentales durante y después de las intervenciones.

4.4.1 Evaluación de los grupos antes de la investigación : evidencias en favor de la hipótesis de investigación N°1

Tal como lo expresado en la descripción de la muestra, los niños fisurados fueron asignados a los dos grupos experimentales y al grupo control en base a un seguimiento de cada caso desde el año 1992. Se usaron los criterios ya descritos y aleatoriamente dos de los tres grupos constituidos fueron designados para las intervenciones metafóricas.

Al interior de cada grupo, se asignaron 2 sujetos que cumplían adecuadamente el tratamiento (B) y 4 que lo cumplían inadecuadamente (M) de acuerdo con la evaluación ortodóncica, de modo de controlar la homogeneidad grupal en esta variable.

De acuerdo con estos antecedentes, es posible afirmar que los grupos no muestran diferencias significativas en cuanto al uso y cuidado del aparato ortodóncico removible antes del inicio del experimento, por lo que es posible aceptar la Hipotesis Nº1.

4.4.2 Comparación Antes - Después en el Grupo "A" (con trance hipnótico)

Tabla 1 (Comparación antes-después Grupo "A")

CUMPLIMIEN TO DEL TRATAMIEN TO	EVALUACIONES		
	ANTES	MOMENTO 1	MOMENTO 2
B	2	4	5
M	4	1	0

SUJETOS

$$\chi^2 = 6.07 \quad p = 0.048$$

De acuerdo a la Tabla 1 se observarían diferencias significativas en el Grupo "A" al comparar los resultados antes y el momento 2 después de la intervención metafórica. Por lo tanto se aportaría evidencia en favor de la Hipótesis N°2.

Sin embargo, las evaluaciones al primer momento post-intervención no muestran diferencias significativas, y por lo tanto se hipotetiza que la ausencia de diferencias en esta primera post prueba puede deberse ya sea a que la variable no había logrado aún su efecto pleno, como a lo reducido del grupo experimental con que se trabajó. De esta manera, el primer momento de post prueba, no aporta evidencias a la hipótesis N°2 : esto se alcanza en la segunda post prueba.

Tabla 2 (Comparaciones parciales Grupo "A")

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	EVALUACIONES	
	ANTES	MOMENTO 1
B	2	4
M	4	1

SUJETOS

$$X^2 = 0.883 \quad p = 0.347$$

EVALUACIONES

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	MOMENTO 1	MOMENTO 2
B	4	5
M	1	0

SUJETOS

$$X^2 = 0 \quad p = 1$$

Al analizar estos mismos resultados en forma cualitativa, se observa que el porcentaje de sujetos que cumplen adecuadamente el tratamiento antes de la intervención metafórica con trance hipnótico representa el 33 %, en el Momento 1 el 80 % y, en el Momento 2 el 100 % .

Lo anterior permite apreciar cualitativamente una tendencia creciente a la mejoraría en el uso del Aparato Ortodóncico Removible, desde la evaluación antes hasta la segunda post prueba.

4.4.3 Comparación Antes - Después Grupo "B" (sin trance)

Tabla 3 (Comparación Antes-Después Grupo "B")

EVALUACIONES

CUMPLIMIEN TO DEL TRATAMIEN TO	ANTES	MOMENTO 1	MOMENTO 2
B	2	5	5
M	4	1	0

SUJETOS

$$X^2 = 6.54 \quad p = 0.038$$

La Tabla 3 permite observar diferencias significativas en el Grupo "B" al comparar los resultados antes y el momento 2 después de la intervención metafórica. Por lo tanto se aportaría evidencia positiva en favor de la Hipotesis N°3.

Al igual que en las evaluaciones al primer momento post- intervención en el grupo "A" no habrían diferencias significativas, pudiéndose hipotetizar también a que la variable independiente no había logrado aún su efecto pleno, como a lo reducido de la muestra. Es así, como el primer momento de post prueba no aporta evidencias a la Hipótesis N°3.

alcanzándose lo anterior en la segunda post prueba.

Tabla 4 (Comparaciones parciales Grupo "B")

EVALUACIONES

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	ANTES	MOMENTO 1
B	2	5
M	4	1

SUJETOS

$$X^2 = 1.371 \quad p = 0.242$$

EVALUACIONES

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	MOMENTO 1	MOMENTO 2
B	5	5
M	1	0

SUJETOS

$$X^2 = 0.009 \quad p = 0.924$$

Sin embargo, al analizar cualitativamente los resultados de la Tabla 4 se observarían diferencias antes y después de la intervención metafórica. Es así como los sujetos que cumplían adecuadamente el tratamiento ortodóncico antes de la intervención correspondían al 33 %, en el Momento 1 son el 83,3 % y en el momento 2 el 100 %.

Lo anterior permite apreciar cualitativamente una tendencia creciente a la mejoría en el uso del Aparato Ortodóncico Removible, desde la evaluación antes hasta la segunda post prueba.

4.4.4 Comparación Antes - Después en el Grupo Control

Tabla 5 (Comparación antes-después Grupo Control)

EVALUACIONES

CUMPLIMIEN TO DEL TRATAMIEN TO	ANTES	MOMENTO 1	MOMENTO 2
B	2	2	3
M	4	3	2

SUJETOS

$$\chi^2 = 0.830 \quad p = 0.660$$

Tabla 6 (Comparaciones parciales Grupo Control)

EVALUACIONES

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	ANTES	MOMENTO 1
B	2	2
M	4	3

SUJETOS

$$\chi^2 = 0.16 \quad p = 0.689$$

EVALUACIONES

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	MOMENTO 1	MOMENTO 2
B	2	3
M	3	2

SUJETOS

$$\chi^2 = 0 \quad p = 1$$

En los resultados observados en la Tablas 5 y 6 no se pueden inferir diferencias significativas en el análisis global, ni en el análisis parcial de los mismos.

Por lo tanto se aportaría evidencia positiva a la Hipótesis N°4 respecto a la ausencia de diferencias en el Grupo Control antes - después de la intervención.

4.4.5 Comparación Intergrupos

Antes de comenzar las intervenciones metafóricas los tres grupos estaban constituidos de la misma manera: 2 sujetos que cumplen adecuadamente el tratamiento ortodóncico y 4 que lo cumplen inadecuadamente. En el transcurso de la investigación se efectuaron comparaciones entre los tres grupos en los momentos 1 y 2. Estas evaluaciones mostraron los siguientes resultados:

4.4.5.1 MOMENTO 1

Tabla 7 (Comparación inter-grupos en el momento 1)

EVALUACIONES

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	GRUPO "A"	GRUPO "B"
B	4	5
M	1	1

SUJETOS

$$\chi^2 = 0.413$$

$$p = 0.521$$

EVALUACIONES

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	GRUPO "A"	GRUPO "CONTROL"
B	4	2
M	1	3

SUJETOS

$$X^2 = 0.417$$

$$p = 0.519$$

EVALUACIONES

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	GRUPO "B"	GRUPO CONTROL
B	5	2
M	1	3

SUJETOS

$$X^2 = 0.737$$

$$p = 0.391$$

Los resultados expresados en la Tabla 7 no dan cuenta de diferencias significativas entre los tres grupos. No obstante, al analizarlos cualitativamente se observa que en los grupos experimentales "A" y "B" los sujetos que cumplen adecuadamente el tratamiento ortodóncico corresponden al 80 y 83.3 % de los sujetos respectivamente. En el grupo control, por otra parte, los sujetos que cumplen adecuadamente el tratamiento ortodóncico solo representan el 40 %. Cualitativamente existirían diferencias entre los grupos experimentales y el grupo control, sin embargo esto no se reflejaría cuantitativamente.

4.4.5.2 MOMENTO 2

Tabla 8 (Comparación inter-grupos en el momento 2)

EVALUACIONES

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	GRUPO "A"	GRUPO "B"
B	5	5
M	0	0

SUJETOS

$$\chi^2 = 0$$

$$p = 1$$

EVALUACIONES

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	GRUPO "A"	GRUPO CONTROL
B	5	3
M	0	2

SUJETOS

$$\chi^2 = 0.625$$

$$p = 0.429$$

EVALUACIONES

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	GRUPO "B"	GRUPO CONTROL
B	5	3
M	0	2

SUJETOS

$$\chi^2 = 0.625$$

$$p = 0.429$$

La Tabla 8 no da cuenta de diferencias significativas en la comparación entre los tres grupos. El análisis cualitativo, en cambio, muestra al 100 % de los sujetos de ambos grupos experimentales cumpliendo satisfactoriamente el tratamiento ortodóncico contra el 60 % de los sujetos del grupo control.

Siguiendo un criterio cuantitativo debieran rechazarse las Hipótesis N°5 y N°6, pero cualitativamente si habrían diferencias significativas entre los grupos experimentales y el grupo control.

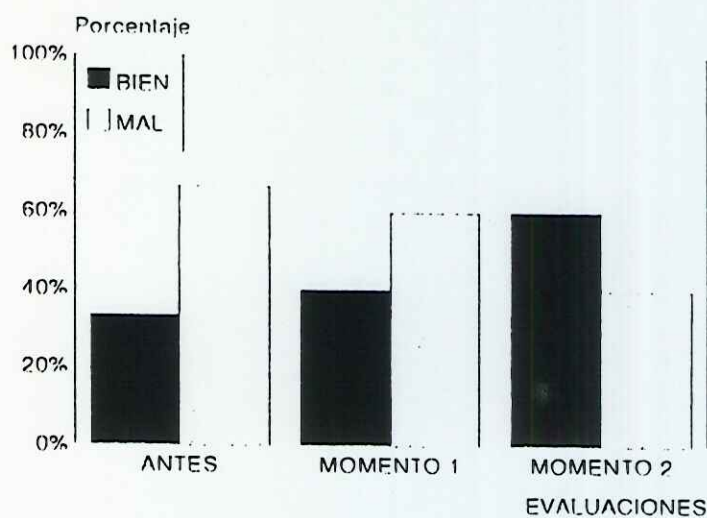
4.4.6 Comparación entre los grupos experimentales y el grupo control después de las intervenciones metafóricas

Según los resultados expuestos en las Tablas 1, 3 y 5, habrían diferencias significativas en ambos grupos experimentales en las evaluaciones antes - después de las intervenciones metafóricas. Por lo anterior, se rechazaría la Hipótesis N°7.

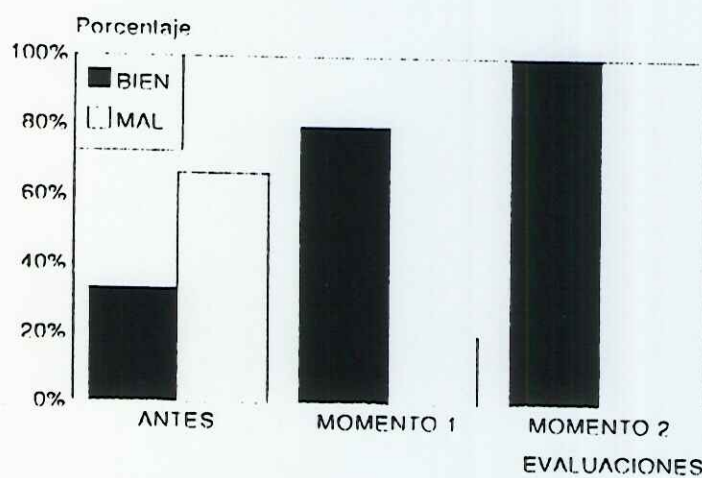
En el grupo control no se observarían diferencias significativas.

El análisis cuantitativo parcial de los resultados no estaría dando diferencias significativas debido a que la muestra de sujetos es demasiado pequeña. Pero como puede verse en los próximos gráficos de barra cualitativamente si habría cambios luego de las intervenciones metafóricas.

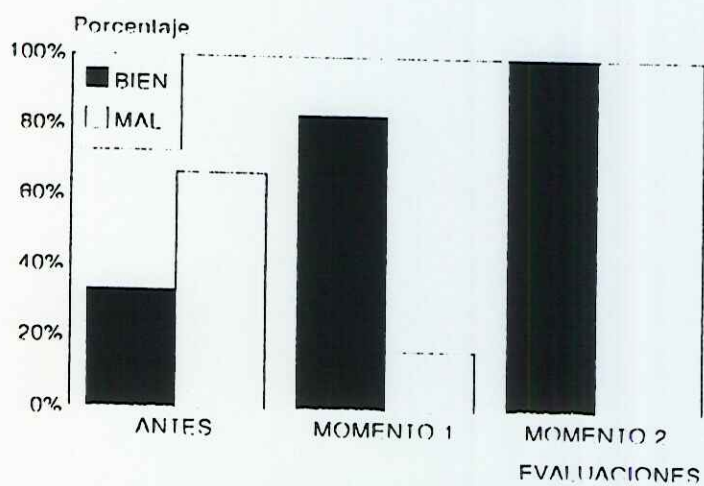
EVOLUCION DEL GRUPO CONTROL



GRUPO CON METAFORAS TERAPEUTICAS EN TRANCE HIPNOTICO



GRUPO CON METAFORAS TERAPEUTICAS SIN TRANCE HIPNOTICO



5. DISCUSION

La presente investigación permite observar diferencias en el uso y cuidado de los aparatos ortodóncicos removibles en los niños con Labio Leporino y/o Fisura Velo Palatina operados que fueron sometidos a las intervenciones metafóricas.

Los cambios que se reflejan en los resultados de los grupos experimentales con y sin trance hipnótico previo, son significativos tanto desde una óptica cuantitativa como cualitativa.

Los niños del Grupo Control no mostraron diferencias significativas en el uso y cuidado del aparato ortodóncico removible en el período de seguimiento.

Dadas las condiciones en que se trabaja con los niños en Irmadema y a las características socio-económicas de los pacientes y sus familiares, el tamaño de la muestra fue demasiado reducido. Debido a esto, no se observaron cambios cuantitativamente significativos en las evaluaciones parciales intra e intergrupos en un período de cuatro meses de seguimiento.

Sin embargo, el estadígrafo utilizado (X^a) mostró diferencias significativas en las evaluaciones globales antes - después de los grupos experimentales. Es decir, las intervenciones metafóricas con y sin trance previo, habrían ayudado a aumentar el cuidado y uso del Aparato Ortodóncico Removible en los sujetos de dichos grupos.

Al analizar los resultados desde una perspectiva cualitativa se observan más diferencias en la uso y cuidado del aparato ortodoncico removible entre los grupos

experimentales y el grupo control. Es así como, el porcentaje de niños que usaron y cuidaron su Aparato Ortodóncico Removible en forma adecuada en los grupos experimentales aumentó en una forma sostenida e importante como se refleja en los momentos 1 y 2 del seguimiento. Luego de cuatro meses el 100 % de los sujetos de ambos grupos experimentales cumplían adecuadamente el tratamiento.

En el Grupo Control pese a que se observó un aumento en cumplimiento adecuado del tratamiento, las diferencias antes - después no fueron significativas ni atribuibles a algún factor en particular. Es así que, el porcentaje más alto de cumplimiento correcto del tratamiento en el Grupo Control fue del 60 %.

En todas las comparaciones intergrupos tanto en el Momento 1 como en el Momento 2 del seguimiento experimental, el Grupo Experimental con Trance Hipnótico y el Grupo Experimental sin Trance Hipnótico tuvieron un porcentaje de sujetos que usaron y cuidaron sus aparatos ortodóncicos removibles, ostensiblemente mayor que sus similares del Grupo Control.

Aunque en ambos grupos experimentales se observaron diferencias significativas, el Grupo Experimental sin Trance previo mostró resultados ligeramente superiores. Por lo tanto, pareciera ser más eficiente el trabajo terapéutico metafórico sin trance hipnótico.

Sin embargo es muy importante considerar que tanto las inducciones como el trabajo hipnótico efectuado en esta investigación debió adecuarse a las condiciones existentes en Irmadema. Utilizándose, por ende, solo trances de carácter leve.

6. CONCLUSIONES

En Irmadema se observó que un número importante de niños, entre los 8 y los 11 años, con Labio leporino y/o Fisura Velo Palatina operados no usaban ni cuidaban sus aparatos ortodóncicos removibles de la forma indicada.

Debido al interés de la Dra. Cauvi y su equipo interdisciplinario en buscar formas de optimizar el tratamiento ortodóncico para estos niños, se llevó a cabo esta investigación.

El tema central de este trabajo fue la Comunicación; comparando los resultados de un estilo comunicacional directo con un estilo comunicacional indirecto, respecto adecuado cumplimiento del tratamiento de los niños fisurados pertenecientes a ese rango de edad.

Los resultados demostraron que los niños que fueron sometidos a las intervenciones terapéuticas metafóricas con o sin trance hipnótico previo, tuvieron una mayor frecuencia de uso y cuidado de sus Aparatos Ortodóncicos Removibles. En tanto los niños a los que se siguió dando instrucciones y órdenes directas no variaron significativamente la frecuencia y calidad de uso de estos aparatos.

El trance hipnótico, dadas las condiciones ambientales en que realizaron las intervenciones metafóricas, no fue un aporte significativo para aumentar la efectividad de las intervenciones metafóricas. Sin embargo es importante acotar que gracias a las características del enfoque ericksoniano, fue posible inducir y trabajar con trances hipnóticos leves incluso en tales circunstancias.

De los resultados de la presente investigación se pueden inferir las interesantes y prometedoras posibilidades que surgen al integrar un estilo comunicacional indirecto al estilo comunicacional directo ya existente en Irmadema. La comunicación indirecta permite una mayor flexibilidad y capacidad de adaptación en las intervenciones y tratamientos que se utilizan con los niños fisurados.

Además se establece un mayor Rapport con estos niños y con sus familiares, facilitando un mejor cumplimiento del tratamiento y aumentando la motivación por el mismo.

Durante el período en que se llevó a cabo esta investigación es interesante destacar la favorable acogida con que el equipo multidisciplinario de Irmadema recibió esta iniciativa. Del mismo modo cabe destacar la importancia del trabajo del Psicólogo con este tipo de pacientes.

En las distintas etapas por las que atraviesan los niños fisurados y sus familias, el Psicólogo puede ser de gran ayuda. El contacto más personal y la posibilidad de establecer un buen Rapport facilitan notablemente la adecuación del tratamiento a las características del niño, aumentando por ende, las probabilidades de una mayor y más rápida mejoría.

Las proyecciones que se derivan de esta investigación apuntan básicamente a :

- 1) Capacitar a los Ortodoncistas y Odontólogos en general, a utilizar una forma de comunicación más indirecta y eficaz con sus pacientes.
- 2) Destacar la importancia y mayor eficiencia de un tratamiento más personalizado con los pacientes en el Area de la Salud.
- 3) Ser un aporte para la incorporación del trabajo del Psicólogo en otras áreas de la Salud Pública.

BIBLIOGRAFIA

- Antología Sufi. A.H.D. Halka. Cuentos de Oriente para niños de Occidente. Ed. Dervish Internacional.
- Bandler, R y Grinder, J (1980). De Sapos a Principes. Ed. Cuatro Vientos.
- Bettelheim, B.(1991). Psicoanálisis de los cuentos de hadas. Ed. Grijalbo, Buenos Aires.
- Broder,H.y Strauss,R.P. El concepto de sí mismo de niños escolares básicos con defectos visibles o invisibles. Clef Palate Journal. Abril 1989.
- Cauvi, D. (1993) Comunicación Personal.
- Cortázar, J.(sin fecha) Algunos Aspectos del cuento.
- Combs, G and Freedman, J. (1990) Symbol, Story,& Ceremony. Using Metaphor in individual and family Therapy. New York: Norton.
- Erickson, M.H. (1954/1980) Hypnotism./Erickson (1952/1980) The Collected Papers of Milton H. Erickson. Ed. by E.L. Rossi, New York: Irvington, Vol. III, p. 21-25.

- Erickson, M.H. (1959/1985) Special States of Awareness and Receptivity. En Life Reframing in Hypnosis. The Seminars, Workshops, and Lectures of Milton H. Erickson. Ed. by E.L. Rossi and M.O. Ryan. New York: Irvington. p. 223-242.

- Erickson, M.H. (1966/1980) Hypnosis: Its Renascence as a Treatment Modality, En M.H. Erickson, The Collected Papers of Milton H. Erickson. Ed. by E.L. Rossi. New York: Irvington. Vol IV, p. 331-334.

- Erickson, M.H.; Rossi, E.L. & Rossi, S.I. (1976), Hypnotic Realities. The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion. New York: Irvington

- Erickson, M. H. & Rossi, E.L. (1979), Hypnotherapy : An exploration Casebook. New York: Irvington.

- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1981) Experiencing Hipnosis. New York. Irvington.-

- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1992) El Hombre de Febrero. Ed Amorrourtu, Bs.Aires.

- Flavell, J. H. (1976). La psicología evolutiva de Jean piaget. Buenos Aires: Paidos.

- Gilligan, S.G. (1987) Therapeutic Trances. The Cooperation Principle in Ericksonian Hypnotherapy. New York: Brunner/Nazel.

- Gordon, D.(1978) Therapeutic Metaphors. Cupertino, C.A.: Neta Publication.
- Gordon, T. (1990) P.E.T. Padres Eficaz y Técnicamente preparados. México: Editorial Diana.
- Grinder, J, Bandler, R.(1993) Trance-Fórmate. Ed. Gaia, Madrid.
- Haley, J. (1980) Terapia no Convencional. Las Técnicas de Milton H. Erickson. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- Hammond, D. C. (Gd.) (1990) Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors. New York: Norton.
- Keeney, B. (1987) Estética del Cambio. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Lankton, S.R. and Lankton, C.H. (1983), The Answer Within : A Clinical Framework of Ericksonian Hypnotherapy. New York: Brunner/Nazel.
- Lankton, J. R. (1985) Multiple - Embeded Metaphor and Diagnosis. In J.K. Zeig (Ed.), Ericksonian Psychotherapy, Vol. I: Structures. New York: Brunner/Nazel, pp. 171-195.
- Lankton, S.R. and Lankton, C.H. (1986) Enchanment and Intervention in Familiy Therapy. Training on Ericksonian Approaches. New York: Brunner/Nazel.

- Lankton, C.H. and Lankton, C.H. (1989) , Tales of Enchantment. Goal-Oriented Metaphors for Adults and Children in Therapy. New York: Brunner/Nazel.

- Mathews, N.J. (1985) A Cybernetic Model of Ericksonian Hypnotherapy: One Hand Draws the Other. In J.R. Lankton (Ed.), Ericksonian Monographs No. 1, New York: Brunner/Nazel, pp. 42-60.

- Mayoral, J.y Mayoral, G. (1977), Ortodoncia. Principios fundamentales y Práctica. Barcelona. Editorial Labor, S.A. Calabria. 3~ Edición pp. 235-239

- Minuchin, S. (1977), Familias y Terapia Familiar. Granica Editor, S.A. 1~ Edición. Barcelona.

- Muñoz, M.A. (1993) Comunicación Personal.

- Nocetti, V. (1984), Tesis Para Optar Al Título de Psicólogo. Problemas Conductuales y Destrezas Sociales en Niños Escolares con Labio Leporino y/o Fisura Velo Palatina. Universidad de Chile.

- O'Hanlon, W.H. (1989) , Raíces Profundas. Principios Básicos de la Terapia y la Hipnosis de Milton H. Erickson. Ed. Paidós, Buenos Aires.

- Pacheco, M (1993),Hipnoterapia Ericksoniana: Nivel Básico. Instituto Milton H. Erickson, Santiago.

- Pacheco, M (1993),Hipnoterapia Ericksoniana: Nivel Avanzado. Uso de metáforas terapéuticas en psicoterapia. Instituto Milton H. Erickson, Santiago.

- Palominos, H. Variación Sociogenética En La Susceptibilidad A Las Fisuras Faciales En Stgo.,Chile.Revista Odontología Chilena, Vol 38, N~2,Diciembre (1990),pp. 86 - 92.

- Pillermer,F.G. y Cook,K.V. La Adaptación Psicosocial De Los Pacientes Craneofaciales Pediátricos Despues De La Cirugía. Cleft Palate Journal. Julio ,(1989).

- Richman.L.C. Behavior and Achievement of Cleft Palate Children. Cleft Palate Journal. January, Vol.13, n~ 10, (1976),pp. 4.

- Robles, T. (Ed.) (1991) Terapia Centrada a la Medida. Un Seminario con Jeffrey K. Zeig. Instituto Milton. H. Erickson de la ciudad de México.

- Rossi, E.L. (1982), Hypnosis and Ultradian Cycles: A New State(s) Theory of Hypnosis? American Journal of Clinical Hypnosis, 25(1), 21-32.

- Rossi, E.L. and Ryan, M.O. (1985),Life Reframing in Hypnosis. The seminars workshops, and lectures of Milton H. Erickson. Vol.3. New York: Irvington.

- Simon, F. B.; Stierlin, H. I. Wynne, L.C. (1988) Vocabulario de Terapia Familiar. Ed. Godisa, Buenos Aires.

- Stevens-Guille M.E., Boersman F.J. Fairy Tales as a Trance Experience: Possible Therapeutic Uses. American Journal of Clinical Hypnosis, Volumen 34, Number 4, April 1992.

- Watzlawick, P. (1986), El lenguaje del Cambio. Ed. Herder, Barcelona.

- Watzlawick, P. Bedwin, y Jackson, (1987), Teoría de la Comunicación Humana. Ed. Herder, Barcelona.

- Wester, W.C. and O'Grady, D.J. (1991), Clinical Hypnosis with Children. New York: Brunner/Nazel.

- Zeig, J.K. (1980) Un seminario didáctico con Milton H. Erickson. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Zeig, J.K. (1985) Experiencing Erickson. New York: Brunner - Nazel.

- Zeig, J.K. (1988) An Ericksonian Phenomenological Approach to Therapeutic Hypnotic Induction and Symptom Utilization. In J.K. Zeig and S.R. Lankton (Eds.), Developing Ericksonian Therapy. State of the Art. New York: Brunner/Nazel, pp. 253-278.

ANEXOS

ANEXO A

LOS SEIS PARAMETROS DIAGNOSTICOS DE LOS LANKTON

El enfoque ericksoniano se focaliza en la sintomatología considerando una reestructuración de aquellos elementos que se relacionan con ella, o que pueden contribuir a su mantención. Al considerar que las personas se comportan de acuerdo a sus marcos de referencia o " mapas del mundo ", el cambio terapéutico provendrá de esos mapas que el terapeuta ayudará a expandir introduciendo otros elementos.

Además, despierta interés en el terapeuta ericksoniano el grado de diferenciación y logro de roles desempeñados por el individuo.

El proceso diagnóstico que se describirá difiere bastante de los tradicionales, y es fundamental para un tratamiento " hecho a la medida " para el sistema - cliente.

Erickson, por lo general, evaluaba seis parámetros principales en sus casos. Estos son : (Lankton y Lankton, 1983)

1) Estructura del sistema familiar y la red social.

Las personas al ser seres sociales forman parte de redes sociales significativas (familia, trabajo, grupo de pares, etc.)

El sistema social, así como también los individuos, puede ser considerado como un sistema con muchas partes interactuantes. Cada parte puede ser considerada un aliado o un problema.

Los Lankton (1983) citando a Speck y Attneave, afirman que " encontramos que

las energías y los talentos de las personas pueden enfocarse para suministrar los apoyos esenciales, satisfacciones y control para otros, y esas potencialidades están presentes en la red social de la familia, vecindario, amigos y asociados de la persona o familia en problemas. " (pp.18)

La red social puede usarse para obtener información (v.g., citar a los padres, pareja, amigos, consultar al médico tratante o que deriva el caso, al maestro, etc.) y también en la intervención terapéutica. (Por ejemplo, si los padres traen a consultar al chico debido a su " hiperactividad " en la escuela, el tratamiento no solo deberá involucrar al chico y a sus padres, sino que también a la maestra).

2) Estadio de desarrollo de la familia.

Cada familia enfrenta distintos desafíos según la etapa del ciclo vital en que se encuentren. Los roles desempeñados por un matrimonio joven sin hijos serán distintos a los de una pareja con tres hijos, o a las dificultades que deben enfrentar los padres con un chico en edad pre-escolar y una chica adolescente.

Por lo tanto, al evaluar este parametro, estaremos en condiciones de acompañar y comprender a la familia o al individuo en una forma más realista; y diseñar pautas de tratamiento que consideren a esa familia en particular.

3) Edad de desarrollo y tareas asociadas

La evaluación de la edad de desarrollo es necesaria para acoger al paciente en su modelo de mundo y establecer Rapport.

La edad de desarrollo guiaba a Erickson en la elección del contenido metafórico de sus intervenciones y planificar las regresiones de edad cuando las utilizaba.

Cada edad del desarrollo presenta distintas tareas o desafíos al individuo; por

ejemplo, una quincianera necesita aprender habilidades para enfrentar su desarrollo sexual, el manejo de sus impulsos y comportamiento ante el sexo opuesto.

Este concepto de edad de desarrollo facilita al terapeuta la indagación de los recursos necesarios y el trabajo en esas áreas.

4) Recursos disponibles

Ya que nuestro propósito es permitir que nuestro paciente desarrolle nuevas pautas de relación en su ecosistema social (Mathews, 1985; Lankton y Lankton, 1986), debemos investigar con que recursos cuenta esa persona o familia para acceder a la etapa de desarrollo siguiente. Asimismo, esos recursos están disponibles en forma directa, indirecta o incluso necesitan ser contruoidos (v.g., El hombre de febrero; Erickson y Rossi, 1979, 1992; Haley, 1980)

5) Flexibilidad y sensibilidad

Otro factor importante a considerar es la flexibilidad del paciente como comunicador de los numerosos roles que desempeña.

Algunas interrogantes usadas en esta variable implican las percepciones que tiene el paciente de otros : Siempre el paciente concibe a otros en la misma forma ?, Siempre está en una posición superior ? Siempre es amigable ? Siempre es hostil? Nunca está triste ? Aproblemado? Feliz ?

La flexibilidad cognitiva es igualmente importante; la poca flexibilidad

evidentemente limita la variedad de las interacciones sociales y los juicios que emiten las personas respecto a los sucesos y otras personas significativas.

También es importante la flexibilidad del paciente respecto a otros miembros del sistema social, en los ámbitos de la flexibilidad emocional y conductual. Esta sensibilidad hacia otros es importante en el plan de tratamiento.

El sentido de identidad está configurado y mantenido por la red social; al igual que la interpretación de la experiencia y el sentido del destino personal. Los Lankton (1983) describen la siguiente cadena de eventos - de naturaleza circular - que apoya estas afirmaciones :

- a) Las claves sociales inducen una búsqueda interna.
- b) La búsqueda interna produce numerosos recursos experienciales.
- c) La identificación ideomotora (incluyendo emociones, gestos, etc.) retroalimenta los indicadores del mapa de experiencia de la persona.
- d) la red social se une y configura una cocreación (en cualquier forma que haya sido aprendida o planeada).
- e) La red social aprueba selectivamente y transmite la información recibida.

Está, entonces, percibiendo el paciente la retroalimentación que le suministra su red social significativa ?

Los pacientes llevan consigo sus problemas y los actúan una y otra vez, con lo cual inducen a otros a desempeñar ciertos roles con ellos, que reafirman el problema (aunque esto también es cierto desde otro punto de vista - el del paciente -, pues también podríamos decir que los roles que actúan otros inducen los problemas en el cliente.)

6) Función del síntoma

Deberá considerarse el rol actual que desempeña el síntoma en la familia del paciente o en sus relaciones con su sistema familiar. Para poder examinar y explicar la función del síntoma, necesitamos mirar el contexto mayor, incluido el contexto histórico.

Desde un punto de vista cibernético (Keeney, 1987), es importante tener en mente los conceptos de estabilidad y cambio en el sistema ; desde esta perspectiva, los síntomas del consultante puede considerarse que cumplen la función de mantener la estabilidad del sistema mayor. Y el objetivo buscado en terapia es crear nuevas pautas de conducta, nuevas estructuras familiares y el desarrollo de nuevas aptitudes para resolver problemas, sin que sea necesario el síntoma para mantener unido al sistema (Simon, Stierlin y Wynne, 1988).

Matthews (1985) advierte que si el terapeuta interviene solo en el nivel específico del comportamiento sintomático del cliente, con exclusión del sistema social, entonces puede estar ayudando a mantener la estabilidad de un sistema mayor, y será poco probable que remitan los síntomas.

ANEXO B

METAFORAS TERAPEUTICAS PARA NINOS CON LABIO LEPORINO Y/ O

FISURA PALATINA

A) METAFORAS ACTITUDINALES

1) " CRISTOPHER "

META TERAPEUTICA : La actitud meta de esta metáfora es que existe la posibilidad de disfrutar e incluso divertirse con algo que en un principio parece desagradable.

" Esta es la vieja historia del pequeño Christopher . Cuando tenía siete años salió disparado del columpio en que jugaba y se voló estos cuatro dientes (frontales superiores), al chocar contra el resfán.

Al principio le dolió mucho y se fue asustando cada vez más al notar el tremendo hueco que había en su boca. Su mamá lo llevó al dentista quien los tranquilizó diciéndoles que los dientes que Christopher había perdido eran dientes de leche. Sin embargo esta historia sucedió hace mucho tiempo, y en ese entonces la única solución fue ponerle a ese niño, cuatro dientes de fierro para que pudiera comer y para que no se le enchuecaran los otros dientes. " En un par de años más te saldrán los dientes definitivos y te verás muy bien, no te preocupes ", le dijo el dentista.

Pero Christopher se sentía muy mal no porque le doliera la boca, sino porque la sentía extraña y le asustaba mucho pensar que podría pasar al día siguiente en el colegio.

Esos dientes de metal eran muy frios y se sentían raros. No podía evitar tocarlos con la lengua y esto le llenaba la boca de saliva. En la noche despertó varias veces al sentir la parte de adentro del labio raspada. Para colmo tendría que lavarse los dientes seis

veces al día y sacarle brillo a los dientes de fierro antes de acostarse. Cuando comía no sabía si le quedaba comida entre los dientes o no . Era muy desagradable.

Sin embargo lo peor era tener que ir al colegio al día siguiente. Apenas durmió, estaba nervioso y esos dientes le molestaban.

Al llegar a clases nadie se dio cuenta de sus dientes, pero cuando pasaron lista y él contestó " frefrente" todos los compañeros se rieron y lo miraron. Christopher avergonzado abrió un poco la boca y todos se callaron al descubrir esos brillantes dientes de metal. Durante el resto del día sus compañeros se juntaban en grupos y se reían. Cuando Christopher se acercaba ellos miraban hacia otro lado o se iban.

Pasaron los días y Christopher se fue acostumbrando a esos dientes y solo se acordaba de ellos cuando llegaba al colegio y los otros niños trataban de mirárselos. Entonces decidió que nunca más iba a abrir la boca en clases, excepto para hablar con su amigo Daniel, al que le decían " El Orejon ". En general los niños se acostumbraron a ver a Christopher, aunque había algunos que le ponían sobrenombres : " boca de tenedor", " abre tarros ", etc. El que lo molestaba más era Javier, un niño más grande que había repetido curso, y que cuando podía lo molestaba. Un día Javier junto a otros compañeros, se acercó a Christopher y levantándole el labio le golpeó los dientes metálicos con un lápiz, y gritó : " Escuchen el timbre, recreo, recreo !!! ". Todos los niños se rieron mucho menos Christopher y su amigo Daniel.

Desde entonces Christopher andaba triste, llegaba a su casa y se enojaba por cualquier cosa. Se dejó de cuidar los dientes y sus notas empezaron a bajar. No tenía ganas de estudiar y sus padres trataban de consolarlo diciéndole que pronto le saldrían los dientes definitivos. Mientras más se lo decían, el más se enojaba.

Un día al salir de clases ocurrió algo que le produjo una extraña sensación. Escuchó como el papa de Javier le pegaba y lo retaba por las bajas notas que se sacaba.

Javier le pedía que dejara de pegarle pero su padre no escuchaba y le seguía gritando y amenazándolo : " Si en el examen de matemáticas te va mal, realmente lo vas a lamentar."

Cristopher no pudo evitar sentir pena, pese a todo.

La mañana del examen Christopher respondía la prueba aunque estaba distraído mirando a través de la ventana el hermoso y soleado día. Cada cierto rato miraba a Javier, que revisaba la prueba cada vez más desesperado. De repente vió que Javier le estaba copiando a un compañero y justo en ese momento la profesora comenzó a levantar la cabeza. Christopher no tenía como avisarle a Javier y sabía que si lo pillaban copiando lo expulsarían. Entonces se le ocurrió una idea. Sonrió y dejó que el sol se reflejara en sus dientes metálicos como si fueran un espejo. Dirigió el rayo de luz a los ojos de la profesora, quien empezó a pestañar y a refregárselos con las manos. Javier se dió cuenta de lo que pasaba y se quedó en silencio un rato. Después miró a Christopher y le sonrió agradecido. Los demás compañeros cuando supieron lo que había pasado, felicitaron a Christopher por ser tan inteligente y por salvar a Javier.

Desde aquel día Javier fue su amigo e incluso se juntaban a estudiar. A Christopher le empezaron a decir " el amigo de acero " y descubrió que sus dientes servían para otras cosas. Los usaba como instrumento musical, dejaba que las niñas más simpáticas los usaran de espejo e incluso se ganó el puesto de arquero en la selección de Fútbol del colegio. Además de que era muy ágil, si sonreía los días de sol era muy difícil meterle goles.

Cada cierto tiempo algún niño más grande lo molestaba, pero sus compañeros lo defendían, especialmente Javier.

Llegó el día en que aparecieron sus dientes definitivos y le sacaron los dientes de metal. Christopher siempre los guardó con cariño y a veces los días de sol, los llevaba en el bolsillo. Ya sabes, porque quizás alguien pudiera necesitar de su ayuda."

2) " LA NIÑA Y EL ESCLAVO "

META TERAPEUTICA : La actitud meta de esta metáfora es que vale la pena esforzarse ahora, para lograr lo que uno desea en el futuro.

" Una vez nació una niña llamada Beatriz. Era muy débil y estaba muy enferma. Sus papás no sabían que hacer, así es que sólo podían rezar. Buscaron por todo el mundo a alguien que ayudara a su hijita y cuando ya casi no tenían esperanzas supieron de un viejo brujo que vivía en Africa.

El brujo examinó a la pequeña Beatriz mucho rato, fijándose en cada detalle de esa extraña enfermedad. " Si quieren que Beatriz sea una persona sana y normal, deben comprar a un esclavo llamado Yaca. El la cuidara hasta que ella tenga doce años.", les dijo el viejo brujo.

Yaca era un esclavo negro, inmenso y nunca hablaba. Ni siquiera su cara se movía.

Regresaron a su país con Yaca, quien empezó inmediatamente a hacerle a Beatriz un extraño tratamiento. Todos los días le amarraba a Beatriz unas pesas, sobre los hombros, manos y pies. Al principio Beatriz con todas esas pesas apenas podía moverse. Yaca se las sacaba solo para que la niña comiera, se bañara y jugara dos horas al día.

Los papas de Beatriz encontraban que el tratamiento era terrible y cuando se lo decían a Yaca, el ni siquiera los miraba.

Beatriz se demoró mucho en aprender a hablar y a caminar, ya que las pesas la

desequilibraban y tenía que hacer un enorme esfuerzo para que su voz se escuchara. Yaca siempre la estaba enderezando para que no se encorvara y todos los días la llevaba trotando a una plaza, donde la obligaba a hacer ejercicio.

Cuando Beatriz entró al colegio se dió cuenta que era la única que tenía pesas amarradas a su cuerpo. Como se estaban recién conociendo igual los niños se acercaban a ella y la invitaban a jugar. Pero Beatriz con esas pesas se movía de manera muy torpe y a medida que fue pasando el tiempo, cada vez la dejaban más sola. Además se veía rara con esas cosas en el cuerpo y en clases apenas se le escuchaba la voz. Ya casi no hablaba en el colegio.

En su casa Beatriz a veces lloraba y se veía muy triste. Yaca no le decía nada solo la vigilaba.

Un par de años después, Beatriz aprovechando que no dejaban que Yaca entrara al colegio, decidió sacarse las pesas antes de entrar a la sala de clases y ponérselas justo antes de volver a su casa. De todas maneras las compañeras encontraban que Beatriz caminaba raro y que era demasiado tímida.

Yaca a los pocos días se dió cuenta de lo que Beatriz estaba haciendo. Furioso llevó a la niña frente a sus padres, quienes la escucharon confesar llorando lo que había hecho. Los padres trataron de consolarla y también de que Yaca suavizara el tratamiento, pero él los miraba de una forma terrible.

Yaca desde aquel día también la acompañó al colegio.

Un compañero de curso comenzó a prestarle lapices y a sentarse junto a ella. Lentamente fueron haciéndose amigos. Yaca solo observaba.

Pasaron los años y Beatriz, poco a poco, empezó a tener más amigos y a poder hablar un poco más fuerte. Sin embargo, todavía se sentía triste y a cada rato se enojaba con Yaca. Incluso cuando estaban en casa le gritaba, pero Yaca no le hacía caso.

El día en que Beatriz cumplió doce años se realizó una carrera de atletismo contra otro colegio. Beatriz y Yaca miraban la competencia desde las tribunas. De pronto Yaca se levantó y sin darle ninguna explicación la llevó a la pista de carreras. Nadie entendía lo que pasaba, ni siquiera Beatriz.

Una a una Yaca fue sacando las pesas del cuerpo de Beatriz. Cuando terminó de sacarle las pesas, Yaca la miró fijamente a los ojos y le dijo : " AHORA !!! ".

Beatriz de inmediato entendió y se puso al lado de las otras competidoras. Fue una carrera larga y emocionante. En la cuarta vuelta una joven tomó el primer lugar ; era Beatriz, quien iba dejando cada vez más atrás a las otras competidoras. Al llegar a la meta Beatriz estaba feliz y sorprendida. Todos la felicitaban y ella los miraba y sentía una extraña sensación de alegría y satisfacción. Por primera vez vió a Yaca sonreír. Corrió, lo abrazó y juntos volvieron a casa.

Los padres de Beatriz apenas podían creer lo que veían ; su hija era una joven fuerte, esbelta y delicada. Todos estaban muy emocionados y le hicieron a Beatriz una hermosa fiesta.

Poco tiempo despues Yaca volvió a Africa. Era un hombre libre y al despedirse de Beatriz no pudo evitar que algunas lágrimas salieran de sus ojos. Nunca más supieron de él .

Beatriz siguió creciendo y llegó a ser una gran atleta. Siempre, antes de alguna carrera importante, recordaba con cariño a Yaca, ese maestro y amigo que dedicó tantos años a cuidarla y a fortalecer su cuerpo y su temperamento."

3) " EL POEMA "

META TERAPEUTICA : la actitud meta es que ser una persona especial en algún sentido, permite desarrollar cualidades y talentos especiales.

" Martita era una niña muy simpática aunque a veces lo pasaba mal. Como tenía la voz gangosa los compañeros se reían de ella y le ponían sobrenombres. Martita se iba a la esquina de la sala y se ponía muy triste.

Como tú sabes los niños a esa edad son muy abrutados y les encanta jugar y reirse. Todavía no se dan cuenta de que hay algunos niños que tienen una sensibilidad especial.

Martita también tenía amigas. Su mejor amiga era Marcela. Con ella conversaba de sus problemas, le mostraba sus poesías y, en fin, pasaban todo el día juntas.

En general, Martita prefería quedarse en la casa para que no la molestaran. Incluso a veces se hacía la enferma para no ir al colegio. Los papás no sabían como ayudarla y la profesora tampoco. Además empezó a sacarse malas notas y hablaba cada vez menos en el colegio. Su amiga Marcela era casi lo único que le gustaba del colegio.

A veces Martita pensaba en la suerte que tenían sus compañeros de no haber nacido con problemas en la nariz, y de lo bueno que sería que la voz se le escuchara normal. También se imaginaba lo maravilloso que sería vivir en un planeta donde todas las personas hablaran como ella. Martita tenía una gran imaginación y le contaba esas ideas a Marcela. Ella también era muy sensible y juntas reían y olvidaban sus problemas

pensando cosas fantásticas.

Para que se le mejorara la voz, Martita tenía que ir a clases de fonoaudiología una vez a la semana y hacer ejercicios todos los días. Así, practicando y practicando, la voz se le iba arreglando lentamente, aunque solo podría hablar completamente bien después que le hicieran una operación. O sea faltaban todavía tres años.

Mientras tanto Martita leía mucho poesías y ella misma empezó a escribir algunas. Como era una niña tan sensible sus poemas eran maravillosos. Pero le daba vergüenza que la gente los leyera, así que solo se los mostraba a Marcela.

El colegio era su gran problema y casi todos los domingos en la tarde, se ponía triste pensando en como la molestarían sus compañeros al día siguiente.

Eso fue hasta que ocurrió el accidente.

Para Martita fue terrible saber que Marcela estaba grave en el hospital por culpa de un choque de autos. Marcela se demoró varios meses en recuperarse y volver al colegio. Se había quebrado un hombro y se había pegado muy fuerte en la cara. Cuando, por fin, pudo Martita visitar a su amiga se puso muy triste al descubrir que a Marcela le costaba mucho hablar y que apenas le salían las palabras.

El día en que Marcela volvió al colegio los demás niños la miraban con curiosidad. Pero al escucharla hablar en clases de castellano, se pusieron a reír. Martita no pudo soportar que se burlaran de su amiga, así es que muy triste se levantó de su asiento y salió con su cuaderno al patio.

Después de una hora volvió a la sala y le mostró el cuaderno a la profesora. Todos estaban en silencio, cuando la profesora se levantó lentamente y les dijo :

" Martita va a leerles un poema que escribió para Marcela".

La voz de Martita se escuchaba extraña, como si tuviera algo mágico.

El poema era hermoso y cada una de sus palabras suavemente les iba produciendo a sus compañeros una sensación de cariño y tranquilidad. Era un poema de amistad, de comprensión y había algunas palabras que solo Marcela podía entender, que la hacían sentirse más fuerte y con más ganas de mejorarse. Los demás niños estaban emocionados. Era algo especial, inexplicable, que nunca habían sentido. La voz gangosa de Martita ya a nadie le importaba. Ella recitaba su poema como si sólo existiese en ese momento su amistad con Marcela.

Marcela miraba a su amiga y sonreía. Solo Martita podía entender tan bien lo que ella sentía y lo que realmente necesitaba. Ese poema, aunque Marcela nunca pudo explicarlo, hizo que ella se mejorara más rápido y que se sintiera más contenta.

Martita ayudo a Marcela en sus ejercicios de fonoaudiología y juntas fueron creciendo, aprendiendo y conociendo a otras personas que también tenían esa sensibilidad tan especial.

A veces algún niño molestaba a Martita pero eso a ella ya no le importaba. Siguió escribiendo poemas, desarrollando esa maravillosa sensibilidad y ayudando a las personas que realmente lo necesitaban."

B) METAFORAS CONDUCTUALES

1) " EL TRUCO DE LA IMAGINACION "

META TERAPEUTICA : La conducta meta de esta metáfora es ampliar el repertorio de formas de reaccionar frente a las burlas de otras personas

" La imaginación es fantástica ", me dijo un niño el otro día después de que conversamos sobre sus frenillos.

Matías se quejaba siempre de que los demás niños se reían de él y le ponían sobrenombres. Ya sabes ; " Boca de auto ", " Terminator "... Como él no conocía el truco de la imaginación no sabía que hacer. Se quedaba callado y triste, o se enojaba. Y claro como no jugaba con los otros niños, ellos más lo molestaban y el más furioso se ponía. Incluso una vez le pegó un puñetazo a un compañero y lo dejó con sangre de narices. El inspector al final castigó a los dos.

" Qué más puedo hacer ? ", me preguntaba Matías mirando el suelo. Conversamos un rato y ahí me di cuenta de que él podría usar el truco de la imaginación.

El sabía que es muy importante usar los frenillos para que se le enderezaran los dientes, y que mientras más los usara más rápido se le arreglarían. La duda era otra ; cómo hacer para pasarlo bien en el colegio y sentirse mejor . Matías tenía mucha

curiosidad y entonces fue cuando estuve absolutamente seguro de que podría usar el truco de la manera correcta.

" El truco es entretenido y muy simple. Las personas que hacen películas lo practican todo el tiempo ", le dije. " Bueno pero cuál es ? ", me contestó. Cuando me prometió que no le iba a decir a nadie el truco, que guardaría el secreto, se lo conté :

" Cuando alguien te moleste o te diga algún sobrenombre tu debes mirarlo fijamente e imaginar como podrías arreglar a ese niño usando frenillos o fierros. Por ejemplo, si te molesta un niño gordo, tú puedes imaginar que le pones un inmenso frenillo en la guata que se la va apretando hasta dejarlo flaco. Puedes imaginar muchas cosas. Si es un niño alto quizás puedas imaginar que le pones unos fierros en la cabeza para achicarlo, o si es chico podrías amarrarle unos fierros en los brazos y en las piernas para estirarlos. Incluso si él que te molesta es un niño común y corriente podrías imaginar que le pones frenillos en todos partes para que se vea más interesante".

Seguí explicándole el truco y me dí cuenta de que mientras pensaba, sonreía, fruncía un poco las cejas y movía los dedos.

" Ya entendí " me dijo.

Tiempo después me volví a encontrar con Matías. Estaba muy contento y se entretenía mucho con el truco de la imaginación. Al principio le había costado un poco, pero cada vez fue más fácil hacerlo. " Es un truco excelente ", me dijo. Me contó que el otro día lo había molestado un niño que tenía la piel muy morena. Matías lo miró tranquilamente a los ojos, frunció las cejas, movió un poco los dedos, y se lo imaginó rodeado de unas inmensas torres de fierro con luces que lo iluminaban tanto, que la piel se le veía más blanca. A otro niño que era muy flaco el se lo imaginó comiendo un tremendo plato de fierros. A un niño que siempre molestaba a todos sus compañeros, el lo miró, frunció un poco las cejas, movió sus dedos y se lo imaginó en la cárcel detrás de

unas gruesas rejas.

Matías me dijo que igual, por un tiempo, lo siguieron molestando. Después, poco a poco, se fueron aburriendo porque ya no les hacía caso y lo veían muy tranquilo. Incluso se hizo amigo de algunos de ellos, que pronto se dieron cuenta de la maravillosa imaginación que tenía Matías y de los entretenidos cuentos que se le ocurrían.

Hace poco nos vimos nuevamente y me confesó que seguía practicando el truco y que ahora usaba otras cosas además de fierros. Ya casi no lo molestan , aunque sigue jugando con el truco. " Es demasiado entretenido ", me decía.

Cuando nos despedimos me miró, frunció las cejas, movió un poco los dedos y dijo:

" Si, realmente es un truco fantástico ", y se fue riendo. "

2) " TECNICAS MISTERIOSAS "

META TERAPEUTICA : La conducta meta es que los niños recuerden ponerse los frenillos y usarlos durante el día.

" Conozco mucho niños que usan frenillos y algunos me contaron cuales son las técnicas que ellos ocupan para acordarse de usarlos y de colocárselos después de las comidas.

Algunos niños inventaron técnicas fantásticas y muy ingeniosas. Aunque también hay técnicas super raras.

Manuel, un niño muy inteligente, me dijo una técnica que él usaba y me dejó un poco confundido : " Para acordarme de usar los frenillos, recuerdo ponérmelos y listo".

Seguí investigando y descubrí un par de ideas que no sirven.

La primera es amarrarse los frenillos a una oreja antes de comer. El cordón debe medir dos metros : una punta se anuda al frenillo que se deja arriba de la mesa y la otra punta del cordón se amarra a la oreja. Al principio esta técnica funciona, pero si uno se levanta de la mesa muy rápido puede botar algo o pegarle a alguien un frenillazo.

La otra idea para recordar ponerse los frenillos después de la comida, consiste en no sacarse los frenillos y tampoco comer. No funciona porque a uno le da mucha hambre.

Hay otras ideas que si funcionan.

Guillermo le puso a sus frenillos un nombre : " Arnulfo ". Cuando estaba muy aburrido conversaba con Arnulfo, que siempre lo escuchaba pacientemente. Incluso varias

veces lo salvó. Por ejemplo, una vez que Guillermo estaba a punto de decir una tontería, Arnulfo le rasguñó el labio y lo obligó a cerrar la boca. Como Guillermo se dió cuenta, estaba muy agradecido. Siempre recordaba ponérselo después de comer. Era una inmensa ayuda. Cuando guillermo fue creciendo, Arnulfo ayudaba a seleccionar a las pololas. En el primer beso si la niña no era la indicada, Arnulfo la pinchaba y la niña se iba adolorida alegando. En cambio si la niña era la indicada todo resultaba perfecto. Llegó el día en que Guillermo no tuvo que usar más a Arnulfo. Pero igual siempre después de comida se acordaba de él, y a veces lo sacaba y le contaba algún secreto.

Una mamá me contó que su hijo Cristian, durante la noche, dormido se sacaba los frenillos y los colocaba debajo de la almohada. Cuando, al día siguiente, ella se daba cuenta, Cristian le decía : " Bueno igual dormí con los frenillos". A su madre esta respuesta no le hacía ninguna gracia, así que intentó varias soluciones ; primero antes de que Cristian se durmiera, le sacó la almohada. Como no resulto después probó sacándole las sabanas, después el colchón y finalmente le sacó la muga. Desde ese día, Cristian sorprendido descubrió que también durante la noche el frenillo permanecía en su boca. Aníbal me contó otra buena forma de recordar ponerse los frenilos. Hay que colocar en el comedor un inmenso calendario con la foto de su dentista. Así, basta mirar el calendario para que te den unas ganas irresistibles de usar los frenillos y avanzar lo más rápidamente posible con el tratamiento.

Otra técnica interesante, aunque no es absolutamente perfecta es la que usa Dario. En el fondo de su plato está escrita la frase " Ponte los frenillos ". Cuando termina de comer, lee la frase en el fondo del plato, e inmediatamente se lava los dientes y se pone los frenillos. El único problema de esta técnica es cuando se equivocan al repartir los platos y le ponen el plato de Dario a su abuelita. Como ella no tiene dientes, se enoja y grita.

Claro, estas son sólo algunas de las técnicas que logré descubrir. Todos los niños encuentran alguna técnica y recuerdan ponerse los frenillos. Aunque generalmente no se dan cuenta. Como los dientes quieren enderezarse y verse mejor, a veces ellos mismos sin que los niños sepan, les recuerdan de alguna misteriosa manera que usen y cuiden sus frenillos. "

3) " JUANITO ANTEOJOS "

META TERAPEUTICA : La conducta meta es que el niño descubra como hacer para que su aparato le de satisfacciones en el presente.

" Siempre hay cosas que están de moda y lo más entretenido es cuando uno mismo inventa una moda. Se conocen muchos ejemplos, uno de los más secretos es el caso de Juanito Anteojos.

Juanito era un niño común y corriente hasta que un día, el doctor le descubrió una enfermedad en los ojos. El único remedio era que usara por algunos años un par de anteojos. Pero en esa época había un sólo tipo de anteojos ; feos, gruesos e incómodos.

Cuando Juanito se miró al espejo y se vió con esos anteojos encontró que no podía haber nada más horrible en el universo. Toda la cara se le veía rara y además los ojos le parecían más chicos.

Sus papás creyeron que Juanito con esos anteojos se volvería un niño triste y sin amigos. Pero nada de eso sucedió. Aunque los lentes no le gustaban , pronto se acostumbró a usarlos todo el día. Lo que más le molestaba era que tenía que jugar con cuidado porque los pelotazos en la cara le dolían mucho.

Al regresar del colegio, se sentaba en la vereda y pensaba y pensaba. Sus papás como lo conocían muy bien, sabían que algo estaba tramando.

Algunos compañeros lo molestaban diciéndole " cuatro ojos " y " cara de auto ",

pero Juanito no les hacía caso.

Juanito era muy astuto y estaba pensando en como hacer para que usar anteojos se pusieran de moda. Sería mucho más difícil, por ejemplo, que poner de moda cosas como los frenillos, esos guantes sin dedos o zapatos sin cordones.

Al fin se le ocurrió un plan.

Buscó y recortó en los diarios y las revistas, fotografías de actores o deportistas que usaran anteojos y las pegó en la tapa de sus cuadernos. Le puso una cuerda bonita y taquilla a sus anteojos para poder colgárselos rápidamente al cuello cuando necesitara cabezear alguna pelota. Pero esas ideas fueron solo el principio...

Organizó una competencia tan entretenida que todos sus compañeros quisieron participar. La competencia consistía en ponerse a diez metros de un poste con tres huevos en las manos y tratar de achuntarle a la parte del poste que tenía dibujada una cara de vieja pesada. El que le achuntara más veces ganaba. Después de la primera competencia tuvieron que cambiar algunas reglas porque al niño que hacía de juez, le llegaron dos huevazos.

Era increíble pero siempre Juanito ganaba. Cuando le preguntaban cual era su secreto, el les contestaba : " Es que con estos anteojos tengo una super vista". Los compañeros al llegar a sus casas le pedían a sus mamás que les compraran anteojos. Claro ellas no entendían porque sus hijos insistían tanto en usar anteojos.

En realidad, los anteojos ayudaban a la puntería con huevos. Pero el verdadero secreto que Juanito no les contaba, era que el iba todos los días después de clases a practicar, tirándole piedras al poste. Después de un par de meses su puntería era fantástica, y fue entonces cuando empezó a organizar esas competencias.

Empezó a ser conocido como " Juanito Anteojos" y fue seleccionado de su colegio para el tiro con jabalina. Además, cada vez que tenía que hacer una disertación en el

colegio, hacia temas como : " los anteojos y la inteligencia ", " La importancia de seguir los tratamientos ", " Los anteojos y el tiro al poste ", etc. Claro, después de eso todos los niños querían tener que usar anteojos.

" Juanito Anteojos " poco a poco fue juntando plata hasta que logró comprarse una guitarra eléctrica. Después, con algunos amigos armó un grupo musical que se llamó " Los Anti-ajos". Pasaron algunos años y el grupo se hizo muy famoso. Pero sucedió algo inesperado : el doctor le dijo que ya no necesitaba usar anteojos. Como él era el conocido " Juanito Anteojos " y su grupo " Los Anti-ajos " eso fue un grave problema. Pero Juanito por supuesto encontró la solución. Compró para él y su grupo anteojos oscuros de esos para el sol. Y listo.

Dicen que así es como empezó la moda que tienen los músicos de usar anteojos oscuros. Te has fijado ? Puede ser.

Cuantas cosas que ahora están de moda, empezaron siendo problemas y la imaginación las fue transformando en formas maravillosas de pasarlo bien... "

C) METAFORAS PARA LA IMAGEN DE SI MISMO

1) " EL AGUA "

META TERAPEUTICA : La imagen de sí mismo meta es que el niño se proyecte como una persona mejor, más fuerte y feliz, gracias a las experiencias que ha tenido, tiene y tendrá en su vida.

" Todo va cambiando aunque, a veces, uno no se da cuenta.

El otro día conversábamos esto mismo con Andrea, una niña que usa frenillos. A ella le cargaba ponérselos porque sentía que no servían para nada y además hacían que se viera mal. Para colmo le costaba hablar con los frenillos puesto. Sin embargo, Andrea cambió de opinión cuando en el verano, visitó a su abuelo y supo lo del agua ...

El abuelo vivía muy lejos en el campo y su abuela había muerto hace años. Andrea apenas recordaba como era su abuelito, así que estaba muy nerviosa cuando la mandaron a visitarlo.

El viaje le pareció muy largo, pero , al fin, el tren llegó a la estación.

Al poco rato se le acercó un viejo que tenía una enorme barba blanca. Le dijo con una voz muy ronca : " Tú debes ser Andrea. Enderézate y muéstrame tus ojos ". Andrea lo miró confundida y escuchó como el abuelo pensaba en voz alta : " Si, tú también eres como el agua ".

Andrea y el abuelo se fueron a la cabaña en silencio. Ella no sabía que decir, así que aprovechó de mirar los bosques, las montañas y de respirar aire puro.

Durante el resto de la tarde Andrea apenas habló. Se dedicó a mirar el paisaje a través de las ventanas. En la comida, se atrevió, por fin, a preguntarle al abuelo sobre el asunto del agua. " Mañana lo sabrás", le contestó el viejo.

A la mañana siguiente, antes del amanecer, el abuelo la despertó y le ordenó que se vistiera rápidamente. Sería un largo paseo. Poco después Andrea ya estaba lista aunque todavía tenía mucho sueño. Caminaron un par de horas por el bosque hasta llegar a una especie de pozas que hacia el rio entre las montañas. Fue entonces que el abuelo comenzó a contarle la Historia del Agua :

" Hace mucho tiempo nació tu abuelita, muy cerca de este lugar. Le encantaba venir aquí a jugar, a pensar y a descansar. Un día encontró a un joven sentado en esa roca solo, con la cara muy triste. Como tu abuela tenía, más o menos, la misma edad que él joven, se atrevió a acercarse a él y preguntarle cuál era su problema. El joven le dijo que estaba triste porque encontraba que era demasiado alto, flaco y, además feo. En realidad, no era feo aunque tenía una cicatriz en la pera y un montón de espinillas en la cara. Como tu abuela conocía los Secretos del Agua, le indicó que mirara esa tranquila poza de agua.

" Qué ves ? " le preguntó. El joven contestó : " El reflejo de mi cara ".

Entonces, ella lo llevó a esa poza de allá abajo, donde el agua se mueve un poco más. Al llegar le preguntó : " Y ahora, qué ves ? "

" Veo, más o menos, mi reflejo ", contestó.

" En esta poza puedes ver como te gustaría ser, concéntrate y descríbeme lo que ves ", dijo ella. Al principio al joven le costó descubrir alguna imagen en el agua, pero después de unos minutos empezó a describir e imaginar a un hombre parecido a él, aunque más seguro, sonriente, fuerte y con una frondosa barba. Siguió hablando de esa imagen un

buen rato hasta que tu abuela lo interrumpió diciéndole : " Para que esa imagen este en esta poza, el agua debió recorrer todo el camino desde la primera poza de allá arriba " .

Lentamente subieron por el costado del rio, observando como el agua se desliza suavemente en algunas partes. En las cascadas cae abruptamente transformándose en espuma, para luego volver a ser agua transparente. Había lugares en que el agua quedaba atrapada, algunos momentos, entre las piedras y las rocas, y luego esperaba para seguir transformándose, moviéndose y volviéndose cada vez más cristalina.

Tu abuela y el joven caminaron de una poza a la otra varias veces, observando y sintiéndose cada vez más tranquilos. A medida que caminaban, al joven se iba sintiendo mejor, como si estuviese aprendiendo algo sin darse cuenta. Se imaginaba cosas, recordaba momentos, canciones y sobre todo disfrutaba de las ideas y sensaciones que sentía.

Había algo mágico en ese recorrido. Y también en esa joven. Pasaron los años y él y tu abuela se hicieron muy amigos. Siempre venían a este lugar ; el joven con una barba cada vez más frondosa y ella cada día más bonita. Se fueron enamorando, se casaron y tuvieron una hermosa familia.

Siempre estuvieron agradecidos de conocer los maravillosos los Secretos del Agua".

El abuelo sonreía, tocándose la barba. " Tú eras el joven !!! " gritó Andrea emocionada y sorprendida. Luego abrazó a su abuelo y volvieron a la cabaña.

Durante el resto de las vacaciones, Andrea visitó varias veces el rio. Disfrutaba mucho mirando el agua, tocándola y escuchándola. Dejando que el agua le enseñara sus secretos, Andrea sin saber cómo, se iba también transformando, sintiendo cómo algo en ella iba cambiando. "

2) " ESCULTURAS "

META TERAPEUTICA : La imagen de sí mismo meta es la de una persona capaz, que mejora y se transforma a sí misma gracias a su propio esfuerzo y sacrificio

" Todos nos sorprendemos algunas veces, al descubrir cosas maravillosas en los lugares menos pensados. De esto hablabamos con Raúl el otro día.

Raúl no lo pasaba muy bien que digamos en el colegio. Sus compañeros lo molestaban porque tiene el pelo colorín y la nariz, en esa época, todavía estaba chueca.

Lo único que realmente disfrutaba en el colegio eran las clases de Historia. Raúl disfrutaba imaginando como vivían las personas en las distintas épocas. Como iban descubriendo, poco a poco, formas de solucionar sus problemas y de pasarlo mejor. Como las personas hacían y hacen inventos para ayudarse a sí mismas. " Me imagino que yo soy el descubridor y el héroe de esas aventuras", me decía Raúl.

A parte de eso, Raúl en el colegio se aburría y ni siquiera tenía amigos a quienes contarles las aventuras que imaginaba.

Pero hace tres años descubrió algo fascinante.

Como de costumbre estaba caminando solo por los patios del colegio, cuando pasó por la sala de Arte. Adentro, un profesor movía de un lado a otro algunas cosas sin forma. Eran inmensos pedazos de madera, fierro, plástico, greda y piedra.

Raúl todos los días, y cada vez con más curiosidad pasaba por ahí. Siempre ese profesor chascón estaba cambiando de lugar los materiales. Al fin logró averiguar de que se trataba todo eso ; iban a empezar los talleres de Escultura. El profesor era un famoso

artista aunque era también famoso por lo exigente y enojón.

Las clases comenzarían pronto, así que Raúl rápidamente se inscribió.

El primer día en la sala habían veinte alumnos. A la hora indicada llegó el profesor con un viejo delantal blanco y comenzó a mirar de arriba a abajo a todos los niños. Después de un rato y sin darles ninguna explicación, hecho de la sala a trece de los niños. A los siete que quedaban les dijo: " Ustedes son los alumnos seleccionados ". Raúl era uno de los elegidos.

Luego el profesor los miró fijamente a los ojos, y le dió a cada niño un material para que hiciera una escultura. Raúl hubiera preferido la greda, pero le tocó un tremendo, duro y frío cuadrado de fierro. Tuvo ganas de irse pero algo inexplicable lo obligaba a quedarse en ese taller.

El profesor dio una instrucción clara y simple : " Hagan una escultura de ustedes mismos, tal como les gustaría ser ".

Algunos niños terminaron sus esculturas en un par de meses. El profesor felicitó a uno de ellos pero a los otros no les dijo nada. Raúl seguía trabajando y trabajando. Parecía que nunca iba a terminar. Sin embargo, había algo fascinante en lo que estaba haciendo ; dándole forma a algo poco a poco, trasformándolo lentamente. El profesor a veces le hacia algunas correcciones, pero casi siempre dejaba que Raúl trabajara solo.

Por fin, un día, Raúl terminó de esculpir y sacarle brillo a su obra. Cuando la miraba no podía evitar sonreír. De pronto, escuchó a alguien que se acercaba a él aplaudiendo. Era el profesor que lo felicitaba orgulloso. Raúl estaba muy emocionado.

Cada día Raul se parecía más a la escultura que había hecho. Esa escultura de como a él le gustaría ser.

La escultura era la figura de Raúl en algunos años más. Se veía más seguro, inteligente y fuerte. Tenía el pelo más largo y la nariz casi completamente derecha.

Y descubrió otra cosa más : con esa escultura podía disfrutar mucho jugando con su imaginación. El juego consistía en pararse frente a la brillante escultura y como si fuera un espejo, mirar su propio reflejo en ella. Raúl pasaba horas con su imaginación viendo su reflejo en la escultura. Se veía a sí mismo aprendiendo, mejorando y divirtiéndose en distintos momentos. Jugando con otros niños, estudiando, visitando doctores que le arreglaran la nariz, conversando con amigas, cortándose el pelo de formas más modernas etc... Eran como pasos que tenía que dar hasta llegar a ser como la Escultura.

Ese juego frente a la escultura, le producía una sensación extraña y agradable. A veces, Raúl incluso sonaba con la escultura, conversaba con ella, escuchaba sus consejos y compartían colores, sonidos y pensamientos. Aprendía mucho cuando pasaba esto, además de que era muy entretenido.

Sus compañeros estaban orgullosos de tener un amigo artista y además lo pasaban fantástico cuando Raúl les contaba esas historias que inventaba.

Y así a seguido viviendo Raúl. Siempre con mucha curiosidad, descubriendo e inventando. Cada cierto tiempo nos sorprende con nuevas esculturas, siempre distintas y siempre mejores. "

3) " ESE EXTRAÑO BRILLO "

META TERAPEUTICA : La imagen de sí mismo meta es la de un niño curioso y atento a las oportunidades que se le presentarán, de las que podrá aprender y mejorar.

" Hay una historia que me demoré varios años en averiguar. Es fascinante y valió la pena el trabajo que me costó conseguirla.

Cuando mi vecino tenía seis años, lo atropelló una moto. Estuvo en el hospital un buen tiempo. Después de las operaciones, quedó con algunas cicatrices en la cara y un poco cojo. Para que sus cicatrices fueran desapareciendo, el pequeño Esteban debería usar, todo el día, unas correas transparentes de plástico en su cara. La cojera se arreglaría con unos ejercicios especiales para fortalecer sus piernas.

Se fue acostumbrando, poco a poco, a esas correas en su cara. Ya casi ni se daba cuenta. Lo difícil era aguantar que sus compañeros se rieran de él y le pusieran sobrenombres . Cada vez fue juntándose menos con sus amigos. Prefería estar solo y ojalá en lugares oscuros para que nadie lo pudiera ver.

Cuando se encerraba en su pieza, sus papás y sus hermanos se preocupaban mucho. Sabían que Esteban estaba triste.

Aunque Esteban sabía que esas correas que tenía que usar en la cara lo ayudarían a verse normal de nuevo, el tratamiento le parecía demasiado largo. Pasar cuatro años con esas correas sería terrible. Mientras más se miraba la cara en el espejo y se tocaba esas tiras de plástico, más triste se ponía.

Dos meses después, descubrió que había un cine muy cerca de su casa. Y mejor todavía, daban películas todo el día. Después de llegar del colegio y de hacer las tareas, partía rápidamente al cine. Veía una y otra vez las películas, tanto que hasta se las aprendía de memoria. Le gustaban mucho y además, el cine estaba casi todo el rato oscuro, así que nadie se fijaba en él. Eso, por lo menos, era lo que él creía. Sin embargo, alguien empezó a darse cuenta de que un niño pasaba todas las tardes viendo películas.

Esa persona era el viejito que manejaba la máquina que proyectaba las películas. Un día el viejito se acercó a Esteban y lo invitó a que conociera la máquina proyectora. Desde aquel día, el niño siempre visitaba al viejo y observaba como ponía las películas en la máquina. Como prendía los motores y empujaba hacia adelante una enorme palanca verde para que la función comenzara.

De a poco, Esteban fue conociendo la historia del anciano. Venía de las montañas del sur, de un lugar que ya nadie conoce. Era el último sobreviviente de esa tribu.

Esteban también le fue contando su vida y porque tenía que usar esas correas en su cara. Entonces fue cuando el viejito sonrió y le dijo que volviera al cine esa misma noche a las once y media. Le iba a regalar un secreto especial.

El niño que ya tenía nueve años estaba muy asustado, aunque igual logró llegar al cine esa noche. Esperó y esperó, hasta que, finalmente, el viejo abrió la puerta. Esteban, por orden del anciano, se sentó en un piso frente a la pantalla. El viejito sacó lentamente de una bolsita azul, una sustancia rosada que esparció en toda la pantalla.

" Mira atentamente esa sustancia y ahora imagina como te gustaría ser en unos años más ", le dijo el anciano.

La sustancia rosada fue transformándose en una imagen como de película. Y en esa imagen estaba Esteban aunque unos años más grande y de alguna forma distinto. Estaba con otros jóvenes, se veía más fuerte, con menos cicatrices y mucho, mucho más contento.

Mientras más se fijaba en esa imagen, más detalles fascinantes descubría. Especialmente le llamaba la atención que sus ojos tenían un brillo muy extraño.

" Ven inmediatamente ! ", le gritó el anciano desde la sala de proyección. El viejito estaba sentado junto a la máquina moviendo unos cables y apretando botones.

" Fíjate en las imágenes que verás en la pantalla ahora, y aprende de ellas ".

Entonces el viejo movió hacia atrás la enorme palanca verde y Estaban empezó a ver imágenes de sí mismo cada vez más joven, hasta llegar a los nueve años que tenía en ese momento. En las distintas escenas el se veía a sí mismo en muchos lugares, aprendiendo cosas, conversando con otra gente, pensando, a veces, contento y, a veces, triste. Tocándose las correas, haciendo ejercicios y muchas otras cosas que lo hacían sentirse mejor. Y en todas esas imágenes el tenía ese extraño brillo en los ojos. Finalmente vió una imagen de sí mismo tal como estaba ahora. El viejo empujó hacia adelante la palanca y el niño se vió a sí mismo creciendo y aprendiendo.

De pronto el anciano detuvo la película, golpeó sus manos y las imágenes de la pantalla se transformaron nuevamente en esa sustancia rosada. Luego, lentamente la sustancia se convirtió en una nube de luz brillante. Suavemente esa nube se acercó al niño hasta rodearlo completamente. La luz empezó a hacerse más intensa, tan intensa que el niño tuvo que cerrar los ojos. Al abrirlos descubrió que estaba en su propia casa y que ya estaba amaneciendo. Tocó su cara y claro ahí estaban las correas. Pero se sentía distinto. Era una sensación extraña y agradable. Se vistió, desayuno y al despedirse de su madre, ella sonrió y le dijo : " Sabes Esteban, es extraño pero juraría que tus ojos tienen un brillo especial ".

D) **METAFORAS PARA LA ESTRUCTURA FAMILIAR**

1) " BETO Y LAS BOTAS "

META TERAPEUTICA : El cambio - meta en la estructura familiar se relaciona con la distribución de los roles y responsabilidades en el hogar, y de como ciertos cambios en este sentido pueden hacer más agradable el tratamiento.

" Beto era un niño común y corriente, excepto por una cosa; caminaba como pingüino. Nació con un problema en las piernas y la única forma de enderezárselas era que usara unas enormes botas grises.

En el colegio lo molestaban sus compañeros y además esas botas eran muy incómodas para jugar. Beto sabía que tenía que usarlas, pero igual las encontraba horribles. De puro mirarlas se le quitaban las ganas de jugar. Las botas ni siquiera eran calientitas. Lo único que le gustaba de esas botas, es que eran una terrible arma para defenderse. Una patada con esas botas y dejaban inmediatamente de decirle cosas los otros niños.

Como Beto sabía que era muy importante que usara las botas, las soportaba. Había una sola cosa en su vida que Beto no podía aguantar ; los gritos de su madre.

Especialmente cuando le preguntaba gritando : " Beto, te pusiste las botas ??? ". A veces, Beto se enojaba tanto con esos gritos que se sacaba las botas, las tiraba lejos y se sentaba con su padre a ver televisión.

En realidad, su madre gritaba todo el día . Como su marido y Beto no la ayudaban en nada, ella siempre estaba enojada y tenía motivos para gritar. Cada vez que le pedía a su marido que fuera a comprar o que arreglara algo, él seguía mirando televisión y ni siquiera le contestaba. Y Beto seguía el ejemplo de su padre. La madre gritaba y alegaba, y los dos se miraban y ponían más fuerte el volumen de la tele.

Pero a Beto cada vez le enojaba más la preguntita : " Te pusiste las botas ? ? "

Beto empezó a dejar de usar las botas. Al principio era porque se le olvidaba. Pero después era de puro aburrido de escuchar los gritos de su madre. No podía entender como sus padres eran tan distintos uno del otro : su mamá era una pesada y su papá era muy simpático y agradable.

Todos los días habían peleas. Beto cuando andaba con poca paciencia le contestaba mal a su madre y ella le pegaba un palmetazo en el traste.

Una tarde Beto y su papa estaban muy entretenidos viendo unos documentales en la televisión. Les gustó especialmente, un documental que mostraba las aventuras de los tripulantes de un barco. Viajaban por todo el mundo y funcionaban como un equipo muy unido. Un marinero, en un momento, explicó el truco que usaban para pelear menos entre ellos. Claro, como viajan tanto tiempo juntos, sin ese truco estarían todo el tiempo peleando. Era el truco de las tres sorpresas.

Beto y su papa tenían mucha curiosidad por aprender el famoso truco.

El truco consiste en que tres veces al día cada marinero ayuda a alguien, sin que el otro marinero se de cuenta. Por ejemplo, si un marinero necesita que le pasen una cuerda, el otro marinero se la pasa antes de se lo pidan. Debe hacerse tres veces al día,

para que todos se acuerden de hacer el truco. Gracias a estas sorpresas el viaje era más agradable y además se hacían más amigos.

Beto y su padre se miraron, se dieron la mano y se pusieron a reír. Inmediatamente Beto fue a ordenar su pieza mientras su padre iba comprar el pan. Poco rato después la mamá llegó gritando a la casa, alegando por el pan, la pieza, las botas, el jardín, etc... Lentamente fue quedándose callada y muy confundida al ver la pieza ordenada y el pan en la cocina. Entonces empezó a gritar : " Beto te pusiste ..? "

Para sorpresa de su madre Beto tenía las botas puestas. El y su padre siguieron viendo televisión tranquilamente.

Desde ese día en adelante, siempre le daban alguna de estas sorpresas a la mamá. El papá incluso la invitaba a salir algunas noches. Y, por supuesto, la madre también empezó con las sorpresas. Andaba más bonita, hacía mejor la comida y gritaba menos. Igual gritaba de vez en cuando. No podía evitarlo. Pero todos lo pasaban mucho mejor y se sentían distintos desde que usaban el truco de las tres sorpresas.

En cuanto a las botas, Beto las usó muy bien y se le enderezaron completamente las piernas. Fue extraño, pero Beto estaba seguro que sus piernas se enderezaron más rápido, desde que empezó a practicar el truco de las tres sorpresas. "

2) " EL REY DE LA CASA "

META TERAPEUTICA : El cambio - meta en la estructura familiar se relaciona con el incremento de las habilidades de independencia del niño y sus destrezas sociales

" Hay cosas que parecen una cosa y en realidad son otra. Es increíble y existen muchos casos.

El otro día conocí a Felipe. Tiene nueve años pero me contó algo tan interesante, que parecía que tenía, por lo menos, diez años .

Tiene dos hermanas mayores que junto a su mamá lo regaloneaban todo el tiempo. Le hacían la pieza, lo bañaban, le ponían ropa bonita, lo peinaban y estaban todo el día cuidándolo. Como desde que nació Felipe lo trataban así, el se acostumbró a que le hicieran todo. Lo trataban como si fuera un muñequito y no lo dejaban salir a jugar con otros niños. Felipe lo pasaba bien en su casa y lo único que no entendía era porque discutían sus papás.

El padre de Felipe era un hombre tímido, aunque muy estricto. Siempre insistía en que dejaran que Felipe jugara con otros niños o por lo menos que se embarrara de vez en cuando. Sin embargo, las mujeres de la casa no le hacían caso y al final el papá se callaba y se encerraba en el escritorio.

Cuando Felipe entró al colegio se dió cuenta que los otros niños hacían cosas que a él no lo dejaban hacer. Corrían, se caían, gritaban y ese tipo de cosas. En cambio en su

casa, Felipe era el rey, como le decían sus hermanas, y él se sentía muy cómodo. Le compraban juguetes para que se entretuviera y lo ayudaban a hacer las tareas. El papá alegaba y decía que iban a transformar a Felipe en un tonto. Pero nadie le hacía caso.

" El rey de la casa " comenzó a tener ganas de jugar Fútbol en la calle y de tener amigos. " Los niños inteligentes no hacen eso ", le decía su mamá.

En el colegio siempre andaba solo. Miraba como los otros niños jugaban, escupían, se tiraban borradores, y aunque no los entendía, se veía que lo pasaban bien. Felipe ya tenía ocho años. Un día, después de clases, unos compañeros de curso empezaron a molestarlo por lo limpia que tenía la ropa y porque lo encontraban pesado. Uno de los niños se acercó a Felipe y le pegó un puñetazo en el ojo.

Felipe llegó a su casa llorando y cuando sus hermanas vieron al " Rey de la casa" con un ojo en tinta, se pusieron a gritar como locas. La mamá corrió a consolar a su niño y cuando le estaba diciendo que lo iban a cambiar de colegio, se abrió la puerta del escritorio. El papá, que ya se había dado cuenta de lo que pasaba, estaba furioso. La mamá y las hermanas de Felipe nunca lo habían visto tan enojado.

" Se acabó el rey de la casa " dijo el papá. " Me aburrí. Yo soy el padre, tu eres la madre y ustedes nuestros hijos. A partir de este momento, Felipe va a salir a jugar con los otros niños y va a ordenar su pieza todos los días antes de ir al colegio. Además va a entrar a clases de Karate para que aprenda a defenderse. Y ustedes niñas si vuelven a tratarlo como si fuera una muñeca, se las van a ver conmigo. Felipe cámbiate inmediatamente de ropa y barre el jardín ".

Nunca habían escuchado al papá tan enojado y bastaba verle la cara para darse cuenta de que hablaba muy en serio. Felipe creía que todo esto era muy injusto pero desde entonces las cosas fueron cambiando. Ahora él tendría que hacer sus cosas, bañarse, vestirse, hacer las tareas, ordenar sus juguetes, ayudar en el aseo y para colmo hacer solo

sus tareas.

Sin embargo, poco a poco, Felipe se dió cuenta de que lo estaba pasando mucho mejor que antes. Las clases de Karate le gustaban mucho. Además, resultó ser muy bueno para el Fútbol. Comenzó, sin saber como, a tener más amigos en el colegio y los compañeros lo trataban mejor. Ya no lo molestan porque Felipe está más simpático y además porque sabe mucho Karate.

Ahora las hermanas igual lo regalonean un poco, pero Felipe no les aguanta que lo traten como niño chico. A su mamá le gusta ver a su hijo cada día más fuerte e inteligente. Al papá, las mujeres de la casa empezaron a regalonearlo más para que no sea " tan enojón ".

Después de contarme esto, Felipe me hizo una demostración de karate. Y era cierto, tenía solamente nueve años. Increíble. "

ANEXO C

UNA SESION CON TRANCE HIPNOTICO Y METAFORAS TERAPEUTICAS

ANEXO C

UNA SESION CON TRANCE HIPNOTICO Y METAFORAS TERAPEUTICAS

Terapeuta = Bueno, tú eres Wladimir Vergara y estamos a 3 de agosto.

Wladimir = Si.

T = Tú me dijiste que eres bueno para el Fútbol y que eres un muy buen delantero.

W = Si.

T = O sea que sabes que esto es como lo que se les hace a los deportistas.

W = Si.

T = Ponte bien cómodo, con los pies puestos en el suelo,... ponte bien así,... eso, el cuerpo relajado,... respira así (Modelándolo),... vas respirando por la nariz...y botando el aire por la boca,eso... y así anda dándote cuenta de como está tu cuerpo, tú que eres tan buen deportista,... poniéndote cómodo,eso..., para que cuando estés lo mejor posible, más relajado y más tranquilo..., para concentrarte bien, quizás sea bueno que... te fijes en algún punto, en alguna cosa, en algo que te guste, busca... algo que puedas mirar y concentrar tu atención... concentrar tu energía, así como cuando vés a meter un gol... eso, puedes dejar que tus ojos busquen un lugar... que te relaje... que te invite a concentrarte... estar tranquilo, sentirte más cómodo, puedes ir acomodándote... ¿ Encontraste ya uno ?

W = El reloj.

T = Cúal ?

W = El reloj.

T = ¿Qué te produce ese reloj, mirarlo ? ¿ Te vés relajando ? ¿ Te gusta ? Ya. Si te gusta puedes quedarte con ese lugar, o buscar otro... que te relaje y estés más tranquilo...eso... quizás para tí sea más fácil relajarte con los ojos cerrados... puede ser... o con los ojos abiertos... como tú quieras.

W = Con los ojos abiertos.(Con tono más suave)

- PREPARACION Y RAPPORT

Verdades obvias
Dirección positiva

- FIJACION DE LA ATENCION

Focalización en experiencias internas

Rapport

Sugestiones combinadas

Fijación de ojo

Implicación

- DEBILITACION ESQUEMAS CONSCIENTES

T = Bueno con los ojos abiertos... estás mas relajado... y te vés a ir relajando ahora y más ...adelante... eso... muy bien... ¿ Ya estás casi listo para el cuento ?

W = Si.

T = Necesito que tú... ah fantástico (sacándo el cuento)... necesito que me escuches bien... escuches cada palabra.

W = Si.

T = Perfecto, entonces vamos a hacer lo siguiente... te voy a contar el cuento, quiero que te concentres bien, te relajes bien...eso,... así... y quiero hacer primero una prueba... pon las dos manos así (Modelándolo), y deja que se relajen sobre tus piernas... fíjate cual de las dos manos la sientes más liviana, entonces...pon atención a esa mano... la mano más liviana y siente como si algún dedo, algo... trata de ver cual de tus dedos se empieza a mover primero... quizás sea el dedo pulgar, o este, o este... cuál de los dedos... se empieza a mover primero... (Pausa larga)...ahí se movió uno parece... pueden hacerse movimientos solos, casi... ¿Cuál es el dedo que se movió ?

W = Ese (Tono muy bajo)

T = Ya déjalo así, así, y ahora deja que ese dedo se siga moviendo solo, si quiere moverse... eso... perfecto... se nota que tienes un control de tu cuerpo muy bueno... eres un deportista fantástico... ese dedo se mueve solo...y ahora empezó a moverse ese, ¿ Viste?... a ver ,a ver... deja que se muevan cuando ellos quieran,... solos ... eso...¿ se siente un poco más liviana ?

W = Ah ?

T = ¿ Cómo sientes esa mano ?

W = Más liviana que la otra.

T = Bueno así... sigue concentrándote en la mano... si se mueve algún dedo... si se mueve algo... yo te voy a contar un cuento especial... está cada vez más liviana parece... está bien... está bien... Este cuento se llama " La niña y el esclavo "

(Se relata el cuento " La niña y

Cubriendo todas las posibilidades de respuesta.

Relajación

- BUSQUEDA INCONSCIENTE

Cambio marco de referencia

Disociación

Implicación

Movimientos automáticos (que disocian)

Preguntas que focalizan (se busca inducir el estado hipnotico)

Metáfora

el esclavo ". Suenan telefonos, bocinazos e incluso entran Odontólogos al pabellón gritando. Se interrumpe el cuento ante la insistencia de gritos. Se prosigue el relato diciendo " Esta es la mejor parte así es que quiero que la escuches muy bien. ")

T = Es un muy bonito cuento. Ahora... cuéntame ¿ cuál de tus manos está más liviana ? (Pausa, el niño señala una mano)... esa... ¿ Cómo se siente ?... Cuéntame.

W = Esta está más pesada sobre la pierna, y esta más liviana.

T = Esta más pesada y esta más liviana... y el brazo... ¿Cuál de los dos brazos está más liviano?... este está más liviano (izquierdo)... ahora que si tú puedes... encontrar un lugar en esa mano, y... empiezas a ver en que momento esa mano se pone más liviana todavía... ya... mientras tanto yo voy a buscar el otro cuento especial para tí; Encontraste el lugar ? ¿ Ese lugar hace que tu mano esté más liviana ?... entonces concéntrate en cuán liviana puede ponerse esa mano... tú te concentras muy bien... solamente en que tu mano se vaya poniendo más liviana, y más liviana... muy bien, muy bien... ¿ Está cada vez más liviana ? (el niño asiente). Bueno, si está tan liviana, puedes dejar que se levante poco a poco... por si solo... si se va poniendo cada vez más liviana, se puede ir levantando poco a poco... primero más lento y ahora más rápido... levantándose suavemente... moviéndose esos dedos... por sí mismos... bien... logrando que tu cuerpo vaya funcionando muy bien... y tu mano se vaya levantando, eso... dedo a dedo, muy bien... y tú puedes dejar que se vaya levantando por sí misma... y la otra mano cada vez más pesada... muy bien (Suenan sirenas de Bomberos)... y nada es tan importante como que tu mano se levante por sí misma... eso... cada vez más relajado... muy bien, lentamente... muy bien, se va levantando a su propio ritmo... me pregunto hasta dónde llegará esa

Levitación de mano

Asociaciones literales

Procesos autónomos

- RESPUESTA HIPNOTICA

mano, cuán alto...eso... parece que quiere seguir subiendo... tú puedes dejar que suba, todo lo que ella quiera... esa mano te está demostrando lo bueno que es tu cuerpo... lo buen deportista... todo lo que puedes lograr por tí mismo... eso... levantando y levantando cada vez más... muy bien... adónde puede llegar esa mano... (Pausa)Y ahora puedes dejar que esa mano vaya bajando, con su peso... a su propio ritmo... y a medida que va bajando te vas sintiendo más relajado, más cómodo, más tranquilo... bajando... y más relajado, más tranquilo... bajando lentamente...eso... y puedes dejar que se ponga sobre el pantalón... eso... muy relajado y tranquilo... ya estás listo para escuchar el cuento " Juanito Anteojos "

Metáfora

(Se relata el cuento " Juanito Anteojos ")

T = Bonito cuento... muy bonito. ¿ Cómo te sientes ahora ?

W = Relajado.

T = ¿ Alguna parte la sientes más relajada que la otra ?

W = La espalda.

T = Bueno, te gustaron los cuentos.

W = Si.

T = Ya que estoy notando que tienes una facilidad especial con tu cuerpo para relajarte, la próxima vez que vengas te voy a contar otros dos cuentos especiales para tí... para que te vayas sintiendo bien... sientes bien el cuerpo... ¿ Lo puedes mover así ? (Estirándose y desperezándose) (Pausa)Muy bien. Te felicito.

- REORIENTACIÓN

Creando Expectación

ANEXO D

PAUTA DIAGNOSTICA PARA NIÑOS FISURADOS Y SUS FAMILIARES

1) NOMBRE :

2) EDAD :

3) ESCOLARIDAD :

4) PADRES : (EDAD, OCUPACION, AUTORIDAD)

5) HERMANOS : (EDAD, OCUPACION, AUTORIDAD)

6) OTROS :

7) OBSERVACIONES :

8) IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO

A) SEGUN EL NIÑO :

B) SEGUN EL FAMILIAR :

9) USO DEL APARATO

A) SEGUN EL NIÑO :

B) SEGUN EL FAMILIAR :

10) DIFICULTADES EN EL USO DEL APARATO ORTODONCICO

A) SEGUN EL NIÑO :

B) SEGUN EL FAMILIAR :

11) COMENTARIOS