

GUÍA PROFESIONAL

IFS para psicólogos y psicoterapeutas

Qué puede aportar Internal Family Systems a la comprensión y la práctica psicoterapéutica

Un psicólogo o psicoterapeuta que se acerca por primera vez a Internal Family Systems (IFS) puede encontrar muchas cosas que le resulten familiares.

Puede reconocer el trabajo con diferentes aspectos de la personalidad, la importancia de las defensas, los conflictos internos, la experiencia corporal, la relación terapéutica, el trauma o la necesidad de acercarse con curiosidad a experiencias que inicialmente aparecen como problemáticas.

Por eso puede surgir una pregunta razonable:

¿Qué aporta realmente IFS que no esté ya presente en otros modelos psicoterapéuticos?

La respuesta no está solamente en sus técnicas.

IFS propone una manera particular de organizar y comprender lo que ocurre dentro de una persona. Modifica la forma de mirar un síntoma, una resistencia, una contradicción interna y también el lugar desde el cual terapeuta y consultante participan en el proceso.

Su especificidad no depende de que cada intervención sea exclusiva del modelo.

Depende, en buena medida, del mapa que utiliza para comprender:

> Quién está haciendo qué dentro de la persona, por qué lo hace y qué necesita para poder cambiar.

01

Una mente naturalmente múltiple

Desarrollado por Richard Schwartz a partir de su trabajo como terapeuta familiar sistémico, IFS trasladó una mirada sistémica desde las relaciones familiares hacia la organización interna de la persona.

Uno de los puntos de partida de IFS es que la mente humana es naturalmente múltiple.

Podemos tener una parte que quiere acercarse y otra que teme hacerlo. Una que exige resultados y otra que quiere abandonar. Una que necesita aprobación y otra que rechaza depender de los demás.

Desde IFS, esta multiplicidad no constituye por sí misma un signo de fragmentación o patología.

Las partes son comprendidas como integrantes diferenciados de un sistema interno. Pueden tener emociones, creencias, recuerdos, impulsos, estrategias y maneras particulares de relacionarse entre sí.

El trauma y otras experiencias adversas pueden afectar profundamente ese sistema, pero no son necesariamente aquello que crea las partes.

Lo que puede ocurrir es que algunas queden vinculadas a experiencias dolorosas y que otras adopten funciones cada vez más rígidas o extremas para impedir que ese dolor vuelva a dominar la experiencia.

Esta perspectiva introduce una modificación importante en la conceptualización clínica. A la pregunta:

¿Qué está mal en esta persona?

se suma otra:

¿Qué está ocurriendo dentro de su sistema?

Una pregunta dirige la atención hacia aquello que parece defectuoso.

La otra comienza a revelar una organización.

02

Del síntoma a la función protectora

Esta diferencia se vuelve especialmente visible cuando aparecen síntomas o conductas problemáticas.

- Una persona se critica despiadadamente.
- Evita situaciones que desea afrontar.
- Necesita controlar cada detalle.
- Se desconecta.
- Trabaja hasta agotarse.
- Recurre compulsivamente a alguna conducta que le ofrece alivio inmediato.

IFS propone que, además de evaluar las consecuencias de esas conductas, intentemos comprender qué función cumplen dentro del sistema.

La crítica puede intentar prevenir una nueva humillación. El perfeccionismo puede intentar evitar el fracaso o el rechazo. La evitación puede mantener a la persona lejos de una experiencia que alguna parte considera insoportable. La desconexión puede reducir el contacto con emociones que en otro momento fueron abrumadoras.

La conducta puede ser problemática y la intención de la parte que la sostiene puede seguir siendo protectora. IFS intenta sostener ambas cosas simultáneamente.

Esta distinción permite separar a la parte de la función extrema que ha aprendido a desempeñar.

La terapia deja entonces de orientarse únicamente a eliminar una conducta. También intenta conocer a quien cree necesitarla.

Cuando la resistencia deja de ser un obstáculo

Un consultante dice que quiere trabajar una experiencia dolorosa. Durante varias sesiones parece acercarse a ella. Finalmente acepta entrar en el recuerdo. El terapeuta interpreta ese momento como un avance.

A la sesión siguiente, el consultante falta.

Desde una lectura lineal podría parecer una recaída, una resistencia o una interrupción del progreso. Desde una lectura sistémica aparece otra posibilidad:

> Quizá una parte aceptó avanzar mientras otra parte del sistema nunca estuvo de acuerdo.

El problema entonces ya no es simplemente conseguir que el consultante vuelva a acercarse al recuerdo. Hay alguien dentro del sistema cuya objeción todavía no hemos comprendido.

Lo que tradicionalmente puede aparecer como resistencia adquiere otra función clínica. En lugar de preguntar solamente *¿cómo superamos esta resistencia*?, IFS invita a preguntarse:

¿Qué teme que ocurra aquello que no quiere que avancemos?

A veces la respuesta modifica también la mirada del terapeuta. Quizá esa parte no estaba obstaculizando el tratamiento. Quizá estaba señalando que estábamos avanzando demasiado rápido.

Protectores: comprender antes de cambiar

IFS denomina protectores a las partes que intentan mantener al sistema alejado de experiencias que consideran peligrosas.

Tradicionalmente distingue entre Managers o Gerentes, que tienden a anticiparse al peligro mediante control, planificación, vigilancia, exigencia o evitación, y Firefighters o Bomberos, que reaccionan cuando el dolor ya se ha activado e intentan apagarlo rápidamente.

Las categorías son útiles, pero la idea fundamental es más amplia. Una parte protectora suele tener razones para hacer lo que hace.

Puede llevar años desempeñando esa función. Quizá comenzó cuando la persona tenía muchos menos recursos y llegó a convencerse de que, si deja de controlar, atacar, evitar, complacer o desconectarse, algo mucho peor ocurrirá.

Por eso uno de los principios clínicos más característicos de IFS consiste en no pasar por encima de los protectores para llegar a las partes heridas.

Un protector no necesita ser vencido. Necesita ser conocido. Y necesita comprobar que aquello que protege puede ser abordado de una manera suficientemente segura.

En ocasiones, respetar el “no” de una parte puede parecer que detiene el tratamiento. Desde IFS, puede ser el tratamiento.

03

El conflicto interno como relación entre partes

La mirada sistémica adquiere especial relevancia cuando el problema no parece localizarse en una sola conducta, sino en fuerzas internas que se contradicen.

Muchas experiencias que aparecen como ambivalencia o autosabotaje pueden comprenderse en IFS como polarizaciones.

— Una parte quiere avanzar y otra frena.

— Una busca intimidad y otra necesita distancia.

— Una controla estrictamente la alimentación y otra termina comiendo compulsivamente.

— Una exige trabajar sin descanso y otra se rebela negándose a hacer nada.

Desde afuera puede parecer incoherencia. Desde una perspectiva sistémica puede estar ocurriendo algo diferente:

> Dos partes intentan proteger a la misma persona utilizando estrategias incompatibles.

Con frecuencia cada una teme que, si relaja su posición, la otra tomará completamente el control. Por eso pueden extremarse mutuamente.

IFS no necesita decidir inmediatamente cuál tiene razón. Busca comprender qué teme cada una y qué cree que ocurriría si dejara de hacer su trabajo.

Esto modifica también la manera de entender la ambivalencia. A veces no falta motivación. Hay demasiada, distribuida entre partes que empujan en direcciones opuestas.

Exiliados y cargas

Detrás de algunas de estas organizaciones protectoras pueden encontrarse experiencias que otras partes intentan mantener alejadas.

IFS utiliza el término exiliados para referirse a partes vulnerables vinculadas a experiencias dolorosas que el sistema procura mantener fuera de la conciencia.

Pueden llevar miedo, vergüenza, soledad, impotencia, abandono o creencias profundamente dolorosas acerca de sí mismas y del mundo. Los protectores suelen organizar buena parte de su actividad alrededor de impedir que estas experiencias vuelvan a inundar el sistema.

IFS denomina cargas a elementos adquiridos a partir de experiencias vividas — creencias, emociones, sensaciones o significados— que una parte ha llegado a llevar como si pertenecieran a su propia naturaleza.

Aquí aparece otra idea central:

Las partes no son sus cargas.

Una parte que hoy critica, controla, evita o se desconecta puede no estar condenada a desempeñar ese papel permanentemente. Desde la perspectiva de IFS, cuando una parte puede liberarse de aquello que carga, puede recuperar cualidades y funciones menos extremas.

Por eso el objetivo no es conseguir una mente sin partes. Es favorecer un sistema interno en el que las partes ya no necesiten vivir organizadas alrededor del miedo, la protección extrema y las heridas del pasado.

04

Self: una teoría particular del cambio

Si IFS solo propusiera que la mente contiene partes, sería simplemente otro modelo de multiplicidad.

Hay un segundo postulado que modifica profundamente su teoría del cambio: la existencia del Self.

El Self no se considera una parte más y puede relacionarse con las partes desde cualidades como curiosidad, compasión, calma, claridad, confianza, coraje, creatividad y conexión. Estas cualidades suelen resumirse como las 8 C del Self.

IFS plantea que el terapeuta no tiene que construir ese Self desde cero. El trabajo busca crear condiciones para que pueda hacerse más accesible cuando las partes que ocupan posiciones dominantes logran tomar cierta distancia.

Ese proceso se denomina habitualmente unblending o desmezcla. Desmezclarse no significa rechazar una parte. Significa poder pasar de una experiencia como

> “Soy un fracaso”
>
> “Hay una parte de mí que está convencida de que soy un fracaso”

La emoción puede seguir allí. La creencia también. Lo que cambia es la relación con ella.

Aparece un espacio desde el cual esa experiencia puede ser observada, conocida y acompañada.

Desde dónde ocurre el diálogo importa

Esta distinción ayuda a comprender por qué IFS no puede reducirse a una técnica de diálogo interno.

Puede haber dos partes discutiendo entre sí. Una parte racional puede intentar convencer a una parte emocional. Una parte del terapeuta puede intentar tranquilizar a una parte del consultante. Externamente, todo eso puede parecer trabajo con partes.

Para IFS, la cuestión central es:

¿Desde dónde está ocurriendo esa relación?

El objetivo no es simplemente multiplicar las voces internas, sino favorecer una relación diferente entre el Self y las partes.

¿Quién produce el cambio?

IFS concede un lugar central a la capacidad del sistema interno del consultante para participar activamente en su propio proceso de sanación. Esto modifica el papel del terapeuta sin disminuir su importancia.

El profesional acompaña, guía, ayuda a reconocer partes, favorece la desmezcla, establece condiciones de seguridad y puede relacionarse directamente con las partes cuando es necesario. En determinados momentos su presencia puede ser especialmente importante, sobre todo cuando el acceso del consultante a su propio Self es limitado.

La diferencia está en que el terapeuta no necesita ocupar permanentemente el lugar de quien conoce mejor que el consultante lo que debe ocurrir dentro de él.

El cambio se construye en una relación en la que participan tanto los recursos internos del consultante como la presencia, experiencia y capacidad clínica del terapeuta.

05

El terapeuta también tiene un sistema interno

La misma concepción de multiplicidad que IFS utiliza para comprender al consultante se aplica al terapeuta.

Durante una sesión puede activarse una parte que quiere ayudar demasiado. Otra necesita obtener resultados. Otra teme equivocarse. Otra se asusta ante la intensidad emocional. Otra cree haber comprendido rápidamente lo que ocurre y quiere llevar la sesión hacia allí.

El problema no es que estas partes existan. El problema aparece cuando conducen la intervención sin que el terapeuta lo advierta.

Por eso la capacidad de reconocer el propio estado interno forma parte importante de la práctica de IFS. El U-Turn o Giro en U describe precisamente ese movimiento: advertir lo que está ocurriendo dentro del terapeuta y establecer primero una relación con sus propias partes.

Un consultante permanece varios minutos en silencio. El terapeuta comienza a sentirse inquieto. Piensa que debería hacer algo. Formula una pregunta. No obtiene respuesta. Hace otra. Después otra. El consultante parece cada vez menos disponible.

Pero también puede haber ocurrido otra cosa:

> La parte del terapeuta que no toleraba no saber comenzó a llenar el espacio que el consultante necesitaba.

La intervención relevante puede no ser encontrar una pregunta mejor. Puede ser reconocer desde qué parte del terapeuta estaban saliendo todas esas preguntas.

Esta perspectiva dialoga con el trabajo sobre contratransferencia, pero introduce una formulación característica: las reacciones del terapeuta pueden conocerse como partes y relacionarse internamente con ellas, en lugar de limitarse a intentar controlarlas o neutralizarlas.

La relación terapéutica

Esta atención al mundo interno del terapeuta permite comprender de otra manera qué aporta su presencia.

Muchas partes protectoras llegan al encuentro clínico preparadas para detectar juicio, intrusión, abandono, control o peligro. La relación con el terapeuta puede ofrecer una experiencia distinta. Su capacidad para no apresurarse, respetar a los protectores y permanecer presente cuando una parte desconfía forma parte del proceso.

Al mismo tiempo, IFS otorga un lugar singular a la posibilidad de que el consultante desarrolle una relación interna reparadora con sus propias partes.

Estas dos dimensiones no necesitan competir. El terapeuta puede importar profundamente sin convertirse en el único lugar desde el cual puede llegar la reparación.

06

Una conceptualización no patologizante

La misma lógica que cambia la comprensión del síntoma alcanza también a la manera de conceptualizar la psicopatología. IFS propone una forma fundamentalmente no patologizante de comprender el sufrimiento psicológico.

Esto se observa especialmente en su relación con el diagnóstico. Un profesional puede utilizar categorías diagnósticas para describir patrones clínicos, comunicarse con otros profesionales, investigar o responder a requisitos institucionales.

IFS agrega otro nivel de formulación. Pregunta qué partes están implicadas, qué funciones cumplen, qué temen, cómo se relacionan y qué experiencias contribuyeron a que asumieran posiciones extremas.

Un diagnóstico puede describir un patrón clínico relevante. La formulación de partes intenta comprender cómo está organizado internamente ese patrón.

Así, la pregunta *¿qué trastorno presenta esta persona*? puede convivir con otra:

¿Cómo se ha organizado internamente para afrontar lo que ha vivido?

9

La perspectiva no patologizante permite comprender que incluso dentro de manifestaciones clínicas graves puede existir una organización protectora.

Nombrarla no reemplaza la evaluación clínica. Agrega otra dimensión para comprender aquello que estamos evaluando.

07

Trauma, seguridad e integración

El trabajo con trauma permite ver con especial claridad la diferencia entre los principios de un modelo y las decisiones clínicas acerca de cómo aplicarlos.

IFS ha tenido un desarrollo importante en trauma, trauma relacional, trauma complejo y disociación. Uno de sus aportes característicos consiste en entender la seguridad desde la relación con los protectores.

Antes de acercarse a material vulnerable, el terapeuta procura conocer qué partes temen ese encuentro, qué necesitan y qué condiciones permiten avanzar. Esto diferencia a IFS de una lógica en la que las defensas son simplemente obstáculos que deben atravesarse.

Algunas formulaciones dentro de IFS han cuestionado la necesidad de una fase prolongada y separada de estabilización antes de trabajar determinados recuerdos traumáticos. Otros desarrollos dentro del propio campo han puesto mayor énfasis en incorporar herramientas adicionales de estabilización y regulación cuando la presentación clínica lo requiere.

Joanne Twombly, por ejemplo, ha desarrollado una integración de IFS especialmente atenta al trauma complejo y la disociación, mientras que Frank Anderson ha desarrollado ampliamente la aplicación de IFS al trauma y su integración con aportes

de otros enfoques.

Esta diversidad puede comprenderse distinguiendo entre los principios que organizan el modelo y las decisiones clínicas necesarias para aplicarlos responsablemente en diferentes contextos.

El respeto por las partes puede permanecer intacto mientras cambian las herramientas utilizadas.

¿Y las técnicas de regulación o grounding?

Esta misma distinción ayuda a comprender la relación de IFS con las técnicas de regulación. Algunos textos cuestionan utilizar grounding cuando su finalidad principal es conseguir que una experiencia desaparezca rápidamente.

Si una persona comienza a disociarse, por ejemplo, IFS puede interesarse no solamente por detener la disociación, sino por comprender qué intenta conseguir o evitar la parte que está produciéndola.

Otros desarrollos del propio campo incorporan ampliamente recursos corporales y de regulación. Susan McConnell, desde Somatic IFS, ha desarrollado el trabajo con conciencia corporal, respiración, movimiento y experiencia somática.

La diferencia puede estar menos en la técnica que en la función que cumple:

> ¿La utilizamos para aumentar presencia y capacidad de relación con la experiencia, o principalmente para conseguir que una experiencia interna deje de aparecer?

Esta pregunta muestra algo importante: una misma herramienta puede adquirir sentidos clínicos diferentes según la conceptualización desde la cual se utiliza.

08

IFS en diálogo con otros modelos psicoterapéuticos

Un psicólogo que llega a IFS rara vez llega sin historia. Puede haberse formado en terapia cognitivo-conductual, ACT, EMDR, Terapia de Esquemas, Gestalt, Enfoque Centrado en la Persona, psicoterapias psicodinámicas, terapias somáticas u otros desarrollos.

Encontrará semejanzas. Los modelos psicoterapéuticos no evolucionan aislados unos de otros, y muchos observan fenómenos humanos comunes desde mapas diferentes.

Por eso compartir una técnica, una experiencia o incluso un concepto no vuelve equivalentes a dos modelos. Para comprender qué aporta específicamente un enfoque conviene mirar también:

- cómo conceptualiza el sufrimiento;
- cómo entiende el cambio;
- qué papel otorga al terapeuta;
- dónde localiza los recursos para sanar;
- cómo comprende aquello que se opone al cambio;
- y cómo organiza las relaciones entre las diferentes experiencias internas.

Desde esta perspectiva, IFS puede aportar una arquitectura sistémica de la vida psíquica a profesionales que continúan utilizando herramientas provenientes de otros modelos.

Qué distingue a IFS de otros trabajos con partes

Gestalt, estados del ego, Terapia de Esquemas y otros enfoques también reconocen diferentes estados, voces o configuraciones internas. Lo específico de IFS no consiste simplemente en llamar “partes” a esas experiencias.

Se encuentra en una determinada combinación de postulados y relaciones:

- la multiplicidad como condición natural de la mente;
- la comprensión protectora de las partes;
- la distinción entre partes y cargas;
- las polarizaciones;
- la presencia del Self;
- la desmezcla;
- la relación Self-partes;
- el respeto por los protectores;
- y los procesos mediante los cuales las partes pueden abandonar cargas y modificar sus roles.

Algunos elementos encuentran paralelos en otros enfoques. Lo distintivo está también en cómo IFS los organiza dentro de una misma arquitectura clínica.

Integrar sin perder identidad

Reconocer esa arquitectura no obliga a trabajar dentro de una frontera técnica cerrada.

Susan McConnell ha integrado IFS con el trabajo somático. Joanne Twombly lo ha articulado con herramientas específicas para trauma complejo y disociación. Frank Anderson ha ido enfatizando una perspectiva integrativa del tratamiento del trauma, utilizando el mapa de partes junto con aportes de otros enfoques.

Esto permite separar dos preguntas:

> ¿Qué hace que IFS sea IFS?
>
> ¿Qué herramientas puede necesitar este consultante en este momento?

No tienen por qué recibir la misma respuesta.

Un profesional puede conservar una mirada sistémica de partes, respetar la función protectora, observar polarizaciones y atender a su propio estado interno mientras incorpora herramientas procedentes de otras formaciones.

La identidad conceptual de un modelo no exige exclusividad técnica.

09

Comprender IFS y practicar IFS no son lo mismo

La mirada de IFS puede enriquecer la conceptualización clínica incluso antes de utilizar el modelo de manera completa. Pero comprender sus ideas no equivale automáticamente a tener formación suficiente para intervenir en cualquier situación.

Trabajar con trauma complejo, disociación intensa, ideación suicida, autolesiones u otras presentaciones de alto riesgo requiere competencias clínicas específicas. La formación en IFS tampoco amplía por sí misma el campo de ejercicio profesional de quien la recibe.

Una herramienta aparentemente sencilla puede abrir experiencias para las que el sistema interno todavía no está preparado.

> El respeto por las partes, el ritmo del proceso y los límites profesionales no rodean la práctica responsable de IFS: forman parte de su núcleo clínico.

10

¿Qué puede empezar a cambiar en la consulta?

Tal vez el aporte más profundo de IFS no consista en aprender una nueva lista de preguntas. Puede consistir en escuchar de otra manera aquello que ya ocurre delante del terapeuta.

— Cuando aparece una crítica feroz, preguntarse qué intenta impedir.

— Cuando una persona se desconecta, preguntarse qué función cumple esa desconexión antes de apresurarse a eliminarla.

— Cuando dos impulsos se contradicen, buscar qué teme cada uno.

— Cuando alguien parece querer avanzar pero algo dentro de él frena, considerar que ambas posiciones pueden tener sentido.

— Cuando una parte se niega a acercarse a una experiencia, preguntarse si está viendo un riesgo que todavía no hemos comprendido.

— Cuando una técnica parece indicada, considerar cómo será recibida por las distintas partes del sistema.

— Y cuando aparece en el terapeuta una urgencia por ayudar, corregir, tranquilizar o avanzar, mirar también hacia dentro.

IFS propone que detrás de muchas conductas que parecen irracionales existe una organización que alguna vez tuvo sentido. Comprender esa organización no obliga a mantenerla. Puede ser precisamente lo que permite transformarla.

Quizá ahí esté uno de los aportes más fértiles de Internal Family Systems a la psicoterapia:

Antes de intentar cambiar lo que una persona hace, comprender quién dentro de ella necesita hacerlo y qué teme que suceda si deja de hacerlo.

Para seguir profundizando

Esta página funciona como un mapa general para profesionales. Algunos de sus temas requieren un desarrollo propio.

En la biblioteca de Ser Libre iremos conectando esta página con recursos específicos sobre:

- las partes y la multiplicidad;
- protectores;
- exiliados y cargas;
- Self;
- desmezcla;
- IFS y trauma;
- IFS y otros modelos psicoterapéuticos;
- diagnóstico y conceptualización desde IFS;
- autores y bibliografía de IFS;
- formación y práctica responsable del modelo.

También puedes recorrer todo el material disponible desde el Índice temático de artículos sobre IFS.

Referencias principales

La bibliografía de esta página se apoya principalmente en las siguientes obras:

Schwartz, Richard C. y Sweezy, Martha. *Terapia Sistemas de familia interna* (IFS). Editorial Eleftheria.

Referencia general para la arquitectura del modelo, multiplicidad, partes, Self, protectores, exiliados, cargas, polarizaciones y proceso terapéutico.

Anderson, Frank G.; Sweezy, Martha; Schwartz, Richard C. *Sistemas de Familia Interna: Manual de habilidades* (IFS). Editorial Eleftheria.

Aplicación clínica del modelo, conceptualización, trabajo con protectores y práctica profesional.

Anderson, Frank G. *Trascender el trauma.* Editorial Eleftheria.

Aplicación de IFS al trauma y diálogo con otros enfoques terapéuticos.

Twombly, Joanne H. "Integrating IFS with Phase-Oriented Treatment of Clients with Dissociative Disorder". En Martha Sweezy y Ellen L. Ziskind (eds.), *Internal Family Systems Therapy: New Dimensions.* Routledge.

Desarrollo temprano de la integración de IFS con tratamiento orientado por fases en trauma complejo y trastornos disociativos.

Twombly, Joanne H. *Trauma and Dissociation Informed Internal Family Systems: How to Successfully Treat C-PTSD and Dissociative Disorders.*

Desarrollo específico de una práctica de IFS informada por trauma complejo y disociación.

McConnell, Susan. *Sistemas de la familia interna, terapia somática.* Editorial Eleftheria.

Desarrollo somático de IFS mediante conciencia corporal, respiración, movimiento y otros recursos experienciales.