

Métodos y técnicas de la psicoterapia: su utilización en psiquiatría infantil

Guido Macías-Valadez Tamayo*

Summary

After Freud's discoveries regarding the fobia of a child, interest in treating children with psychological methods has increased. Since then, the psychoanalytic methods have considered play and family intervention techniques as the basis for discovering the pathology of the child.

Thanks to the development of child psychiatry, information regarding developmental psychopathology has evidenced and improved the intervention of psychiatrists as therapists. Though therapeutic methods and techniques are different, the basic element of psychotherapy is the therapeutic relation with the child. This relation has some special characteristics which differ from those of adult psychotherapy.

The relation with the child as well as the treatment given to him, depends on the level of development of the child. By means of the ludic behavior, the child expresses his unconscious conflicts and motives.

Psychotherapy is indicated in various clinical situations, such as neurosis, behavioral and attention dysfunctions, prepsychotic and psychotic states, fobias and depression.

There are several therapeutic methods for children within different therapeutic frames, depending on the psychoanalytic or behavioral orientations, with the following objectives:

- Establishment of a relation with the child to be used as a thermometer for measuring the degree of his pathology.
- An early intervention through games, words, or any other technique in the conflict area.
- Identification of resistance and defense mechanisms.
- Its analysis.

Age is a determinant factor for the technique to be used. Psychotherapeutic intervention in children of less than 4 years of age is not common, and parent-child relation is of utmost importance.

Psychotherapeutic techniques should bear in mind the psychodynamic elements usually present in children, such as aggressiveness, parents' rejection, object loss, tolerance and frustration level, oppositionism, etc.

Apart from the diagnosis, the pathologic level and the psychotherapeutic opportunities also determine the techniques to be used.

The psychiatrist must evaluate each particular case, take into account the therapeutic and diagnostic techniques, as well as the levels of intervention, that is, the level of the therapeutic agreement, the transference relation and the prognosis. For this purpose he should be familiarized with the normal sequence of the development and with the neurotic processes.

Resumen

Desde que el tratamiento de los niños por métodos psicológicos se volvió una realidad, la escuela psicoanalítica ha to-

mado como base el uso de técnicas de juego y la intervención con la familia.

La psiquiatría infantil ha ayudado integrando una serie de conocimientos sobre la psicopatología del desarrollo. De esta forma, la intervención del psiquiatra como terapeuta se ha ampliado y mejorado.

Hay diversos cuadros clínicos para los cuales la psicoterapia es el tratamiento de elección y, aunque existen diversos métodos de terapia con diferentes marcos teóricos, todos pueden situarse dentro de una orientación clínica.

Es importante tomar en cuenta ciertos factores para definir el tratamiento a seguir: la edad del niño, su nivel de desarrollo, los elementos psicodinámicos (agresividad, tolerancia a la frustración, oposiciónismo, etc.), el diagnóstico y las oportunidades psicoterapéuticas.

Es necesario que el psiquiatra evalúe cada caso en forma particular y que esté muy familiarizado tanto con la secuencia normal del desarrollo como con los procesos neuróticos.

Introducción

Desde que Sigmund Freud publicó en 1909 "El Análisis de la Fobia de un niño de Cinco Años" (10), el tratamiento de los niños por métodos psicológicos se volvió una realidad no sólo teórica sino práctica. Y aunque el tratamiento se hizo por medio del padre, las conclusiones del caso han servido de punto de partida para el desarrollo de teorías y técnicas de la psicoterapia infantil.

La escuela psicoanalítica ha evolucionado desde entonces en dos corrientes bien definidas. Anna Freud, en Viena (8), señaló la necesidad de intervenir con la familia del niño para conocer su situación presente, de manera que el terapeuta pueda deducir algunos elementos de la vida del paciente para interpretar sus fantasías, sueños y actos, ya que la asociación libre en los niños pequeños es muy limitada. Hug Hellmuth, en Viena y Melanie Klein, en Berlín y posteriormente en Londres, desarrollaron la técnica del juego para el psicoanálisis infantil. De acuerdo con esta técnica, la actividad lúdica del niño con juguetes que le ofrece el terapeuta, sustituye la asociación libre.

A través del tiempo, las técnicas se han ido depurando y han aparecido nuevas formas de trabajo, pero el juego y la acción del niño con los objetos sigue siendo la base de la expresión emocional del niño en la psicoterapia. La interpretación simbólica del juego se ha desarrollado ampliamente en Inglaterra y en Estados Unidos bajo el nombre de "Terapia de Juego" con diferentes orientaciones analíticas, tales como la terapia de juego por el método no directivo, de Virginia Axline (3).

Por otro lado, con el desarrollo de la psiquiatría infantil a partir de la década de los 40, se ha ido integrando una serie de conocimientos acerca de la psicopatología, basada en el desarrollo del niño y en la diferente manifestación

* Director del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", SSA.

Jefe del Departamento de Clínica de Niños de la División de Investigaciones Clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco Núm. 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F.

de los síntomas según su etapa de desarrollo; por ello, el psiquiatra se ha visto en la necesidad de desarrollar técnicas terapéuticas propias, o incorporar las ya existentes para adaptarlas a los problemas infantiles.

En la práctica clínica esto se ha traducido en la tendencia a utilizar técnicas de psicoterapia para el niño, aunadas con la orientación a los padres y con las técnicas de reeducación y farmacoterapia, en los niños con problemas diversos de salud mental.

Los métodos y las técnicas son muy variados en la actualidad; su marco de referencia se relaciona con la escuela que lo sustenta; sin embargo, el establecimiento de la relación con el niño es el elemento básico de la psicoterapia. El terapeuta ofrece al niño una atmósfera emocional cálida y amigable en donde pueda expresar sus conflictos y temores, sabiendo que esto le servirá para ayudar a diferenciar sus conflictos y su propio Yo, del Yo del terapeuta. Es decir, facilita al Yo infantil la autoconciencia de los procesos psicológicos. Esto permite a una parte del Yo "tornarse" hacia el resto del Yo y percibirlo, analizarlo y sentirlo. Es con esta parte del Yo con la que se establece la alianza terapéutica y la que en la evolución de la psicoterapia permite neutralizar los afectos, las pulsiones y los conflictos del resto del aparato intrapsíquico, al igual que la identificación del terapeuta con su papel auxiliador (13).

La psicoterapia infantil no escapa a la regla de toda relación humana; sin embargo, se diferencia de la psicoterapia del adulto. En la psicoterapia infantil la relación se establece entre un adulto considerado como experto (psiquiatra, psicólogo o terapeuta de niños) y un niño considerado como un paciente que está en un periodo de desarrollo de su personalidad. Esta relación tiene características especiales:

El niño no va a la terapia por su propia voluntad y, salvo excepciones, son los padres los que lo llevan. Dependiendo del nivel de desarrollo de su pensamiento, el niño captará la situación terapéutica de manera más o menos concreta o abstracta. Las primeras entrevistas con un niño que acude a psicoterapia o a una entrevista psiquiátrica presentan, con frecuencia, dificultades inherentes a la desigualdad de la relación adulto-niño. Estas se deben más a la falta de habilidad del entrevistador que a la disponibilidad del niño, ya que para éste, las experiencias anteriores con terapeutas han estado, en general, relacionadas con alguna enfermedad somática. Para el terapeuta, el niño no es necesariamente el causante de su propia sintomatología, sino que puede ser la válvula de escape de las tensiones familiares. El terapeuta valora sus elementos patológicos teniendo en cuenta su nivel de desarrollo, el grado de sufrimiento que le causan y su repercusión en el medio ambiente familiar y social. Se puede postular que la relación terapeuta-niño es un campo de fuerzas en interacción que está mediado por los padres, por los otros elementos de la familia y por lo que el niño representa para la familia, la escuela y la sociedad, elementos que hay que tener en cuenta y que son útiles para el tratamiento, pero que pueden también interferir en la relación terapéutica.

El establecimiento de la relación con el niño

Para establecer la relación con el niño se requiere de una actitud especial del terapeuta, diferente a la relación

con el adulto que busca psicoterapia. Tampoco puede aprehenderse y formalizarse en las primeras entrevistas. Es el esfuerzo del terapeuta por llegar a relacionarse con el niño y crear un ambiente de confianza y aceptación donde pueda expresar libremente sus conflictos, lo que determinará su establecimiento. Esta primera fase es también la fase del diagnóstico, ya que el terapeuta es, según menciona Wolberg, "el testigo de la reacción del niño a la experiencia de aceptación y empatía, del grado de accesibilidad, del modo de relacionarse y de la manera de expresar o reprimir sus sentimientos" (20). En las primeras entrevistas percibirá al terapeuta como a todos los adultos (no hay razón para que no lo haga) y va a proyectar en él sus deseos y sus temores y, sobre todo, lo va a investir con el poder mágico del que lo va a curar sin que él tenga que hacer nada.

Es entonces la habilidad que tenga el terapeuta para manejar las interferencias familiares, escolares y sociales, así como su capacidad para demostrar al niño que a pesar de ser un adulto está dispuesto a escucharlo y ayudarlo, lo que determinará su relación a nivel terapéutico con él. Esto implica la capacidad de comunicación del terapeuta no sólo con el niño, sino también con los padres y los demás miembros de la comunidad de los que dependa el niño.

Tanto el establecimiento de la relación como la evolución de la psicoterapia dependen (además de su indicación apropiada) del nivel del desarrollo del niño, tomando en cuenta el grado de madurez alcanzado en cada una de sus funciones mentales. Es evidente que no se logra la misma verbalización de la problemática en un niño de cuatro años, que en uno de ocho o de doce años, y que en cada edad la capacidad de expresión emocional estará matizada por el grado de desarrollo del lenguaje, del esquema corporal, de la coordinación psicomotriz, de la conducta, de la estructuración de una conciencia moral, de la incipiente capacidad de abstracción, de la capacidad de socialización, etc. Hay, sin embargo, un elemento que es la base para el establecimiento de la relación psicoterapéutica, y es el que Anna Freud ha descrito como la línea de desarrollo del cuerpo hacia el juego y desde el juego hacia el trabajo (9). Es decir, el paso del niño por las diversas etapas de la evolución, desde las de un mundo interno centrado en las sensaciones espláncnicas y orales, hasta la posibilidad de relacionarse con el mundo exterior por medio de su capacidad para depositar su energía afectiva en un objeto con el cual poder influir en el mundo de los objetos (primero por el juego y luego por el trabajo) y en el objeto-sujeto del sexo opuesto. El desarrollo de la relación de objeto es lo que permite al niño comunicarse con el mundo, con la sociedad y con la cultura, mucho antes de que esté en posibilidad de traducir en palabras y en conceptos sus afectos, fantasías y voliciones.

Por medio del juego, el niño manipula los objetos y entra en contacto con ellos y con el mundo. Es también por medio del juego como se puede establecer la relación terapéutica con el niño. Para Virginia Axline, la terapia de juego se basa en el hecho de que "el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño, es una oportunidad que se le da para que exprese sus sentimientos y problemas por medio del juego, de la misma manera que un individuo puede verbalizar sus dificultades en cierto tipo de terapias para adultos" (3). Aunque ha sido discutido

el hecho de que el contenido del juego tenga una interpretación simbólica en relación con la conflictiva del niño, es evidente que la actividad lúdica es el medio por el cual se puede llegar a los contenidos del inconsciente, sobre todo cuando el niño no ha desarrollado suficientemente su capacidad de abstracción como para poder manifestar por medio de la palabra su conflictiva interior o, por lo menos, para manifestar por medio del simbolismo verbal los contenidos inconscientes. Y aunque se puede discrepar en cuanto a la interpretación de los contenidos del juego, su realización permite la comunicación del terapeuta con el niño, quien encuentra en el médico a una persona que puede hablarle en su propio lenguaje.

Es por ello que uno de los propósitos de la psicoterapia es hacer que el niño pueda pasar de los actos de conducta lúdicos a la expresión de conflictos y motivaciones inconscientes por medio del juego.

Principales indicaciones de la psicoterapia en el niño

En muchos cuadros clínicos de los niños puede emplearse la psicoterapia. En las neurosis infantiles, la psicoterapia es el tratamiento de elección, sin embargo, las neurosis bien estructuradas son raras en la infancia, no así los conflictos internalizados, generadores de angustia que se manifiestan en el niño, fundamentalmente, en su conducta, pero también en las áreas de la alimentación, la eliminación y el sueño. La fobia escolar es, por la frecuencia con la que se presenta y por sus repercusiones familiares y sociales, una indicación para iniciar la psicoterapia en el niño, que debe complementarse con la intervención en la escuela, la orientación familiar y, en ocasiones, con farmacoterapia. Sin embargo, los obstáculos para el establecimiento de la relación son múltiples, pues, con frecuencia, la madre o encargada de la custodia del niño tiene establecidas intensas ligas con él; éste teme la separación del hogar tanto como a la escuela, por lo que pueden coexistir temores exagerados a salir a la calle y a encontrarse en situaciones que impliquen la socialización. En estos casos la ansiedad de separación es el elemento psicopatológico que determina la conducta del niño y que impide también el establecimiento de la relación terapéutica. Aquí son parte importante del esquema terapéutico, el tratamiento farmacológico y la asesoría a los padres en sus actitudes. Sin embargo, el elemento fundamental es la psicoterapia con el niño para que a partir del establecimiento de la relación se puedan llegar a conocer las motivaciones inconscientes, el grado de internalización del conflicto y la utilización de los mecanismos de defensa.

En los niños con trastornos de conducta, también llamados "niños caracteriales" por la escuela francesa, la indicación psicoterapéutica es a veces la única posibilidad que tiene el niño de recibir un tratamiento a fondo para su problemática. Lo mismo podría decirse de la controvertida depresión infantil, para la que el efecto de los fármacos es reducido y en donde la psicoterapia de apoyo y la orientación esclarecedora del conflicto del niño con sus padres han dado buenos resultados en la práctica clínica (17). En estos casos, el establecimiento de la relación no causa

mayor problema si hay disponibilidad y deseo de colaborar por parte de los padres.

En las psicosis infantiles, dado que ya no se utilizan los tratamientos físicos y que el tratamiento con neurolépticos no da los resultados que se obtienen en los adultos, la utilización de la psicoterapia es parte importante del esquema terapéutico. La psicoterapia en estos casos puede realizarse a nivel institucional y ser uno más de los tratamientos empleados en el medio ambiente terapéutico del hospital de día (16). En otros casos la psicoterapia es parte del tratamiento residencial tal como se lleva a cabo en la escuela ortogénica de Chicago, fundada por B. Bettelheim (4, 5), en donde es necesario separar al niño de sus padres y del hogar. En cualquiera de los casos, la psicoterapia del niño psicótico se acompaña de terapias educativas y reeducativas, de terapia y orientación a los padres, y de farmacoterapia para el manejo de la ansiedad en el pequeño paciente. Los diversos tipos de terapia tienen como común denominador el establecimiento de la relación con el niño por medio del contacto físico, de la conducta imitativa, rítmica, etc., sin embargo, con frecuencia se presentan obstáculos infranqueables debido a la problemática del niño, por lo que hay que tener cuidado para no producir una intrusión demasiado brusca, pues se puede ocasionar su retirada (1).

La psicoterapia puede ser el complemento terapéutico para algunos niños con trastornos de la atención, sobre todo para aquéllos en los que los medicamentos y la orientación a los padres no han dado los resultados esperados. También forma parte del tratamiento para el retardo mental superficial, especialmente en aquellos casos que presentan trastornos emocionales y que requieren del apoyo y la orientación del terapeuta quien, al mismo tiempo que establece la relación con el niño y sus padres, maneja las defensas familiares (fundamentalmente la negación, la sobreprotección y el rechazo), ya que en los casos de retardo mental, los aspectos sociales y culturales son importantes por la repercusión que tienen en el desarrollo del aparato intrapsíquico del niño. La psicoterapia de apoyo puede, dentro de los límites que le impone el propio retardo mental, ayudar al niño a adquirir estabilidad emocional, lo que repercute en mayores posibilidades de reeducación y readaptación social. En estos casos, el establecimiento de la relación con el niño es paralelo al proceso diagnóstico y, en ocasiones, el proceso psicoterapéutico se inicia desde las entrevistas diagnósticas.

Hay dos situaciones psicopatológicas en las que se ha utilizado con éxito la psicoterapia en el niño. Según Diatkine, en Francia (6) han podido detectarse clínicamente algunos casos de niños prepsicóticos, que han sido tratados por medio de técnicas psicoterapéuticas de orientación psicoanalítica, lo cual es una medida terapéutica preventiva para evitar la emergencia de la psicosis en el niño o en el adolescente. Finalmente, en los niños que han tenido carencias afectivas en la infancia temprana, en ocasiones se presenta un cuadro clínico cerca de la edad escolar, manifestado por temores, obsesiones, fobias mal estructuradas, aparente inafectividad y problemas en el área de la socialización. Estos cuadros responden bien a la psicoterapia, sobre todo después de un largo periodo de haberse establecido la relación con el niño. En todos estos casos se requiere de técnicas terapéuticas específicas.

La relación psicoterapéutica con el niño en la práctica clínica

En el desarrollo de la psicoterapia infantil, la corriente psicoanalítica ha tratado de encontrar el método analítico adecuado para los niños, ya que era muy difícil aplicarles la técnica clásica antes de la adolescencia. Como sustituto de la asociación libre se ha utilizado el análisis de la conducta, de las fantasías y de los ensueños, así como la interpretación simbólica del juego. Sin embargo, independientemente de la técnica que se emplee, el método psicoanalítico sigue siendo el indicado para interpretar el material recogido y para estudiar y tratar el material inconsciente. El desarrollo de la metodología psicoanalítica infantil se ha visto influenciado por el desarrollo del psicoanálisis en general, además del área educativa y del trabajo en las clínicas de la conducta.

Otro método que se utiliza en la actualidad, especialmente en los Estados Unidos, es el de la terapia de juego por el método no directivo de Virginia Axline, quien influida por las ideas de Carl Rogers, desarrolló un método que resumió en ocho principios básicos, en los cuales postula: 1) el establecimiento de una relación tierna y amigable con el niño; 2) aceptándolo tal como es; 3) y creándole un sentimiento de permisividad; 4) donde el terapeuta reconoce y refleja en el niño sus propios sentimientos. 5) Este tipo de relación requiere que el terapeuta esté convencido de la habilidad del niño para solucionar sus problemas; 6) por lo que no intenta dirigir sus acciones; 7) ni acelerar el desarrollo del tratamiento. Finalmente —señala Axline— 8) el terapeuta establece los límites necesarios para ubicar la terapia en la realidad e indicarle al niño su parte de responsabilidad en esta relación (3).

Hay muchos métodos terapéuticos para niños, que manejan marcos teóricos de acuerdo con las orientaciones psicoanalíticas, conductuales u otras, que requieren de un entrenamiento específico. En la práctica clínica, cada caso le plantea al psiquiatra objetivos terapéuticos diferentes de acuerdo con el diagnóstico, la psicodinamia y las repercusiones familiares, escolares y sociales. Se utiliza un manejo psicoterapéutico específico para las psicosis, las neurosis, los trastornos de la conducta, etc., ubicado dentro de una orientación clínica que sigue los objetivos generales de toda psicoterapia infantil, y que puede esquematizarse brevemente como sigue:

1o. Establecer la relación con el niño, la cual es el “termómetro” de que se sirve el terapeuta para conocer su grado de patología y de comunicación, así como de su resistencia al esfuerzo para recibir ayuda. Es en esta etapa (que puede lograrse en una sesión o en varios meses) en la que se realizan los diagnósticos complementarios del caso, ya sean clínicos, instrumentales o psicológicos. Es entonces cuando el médico puede intervenir para preparar al niño, prevenir a los padres y, eventualmente, a los especialistas (neurólogo, psicólogo, etc.), sobre cómo han de abordar al niño y cómo han de enfocar su problemática. La intervención en este nivel puede ser complementaria de la farmacoterapia en aquellos casos en los que el síntoma esté interfiriendo con el desarrollo del niño o con la dinámica familiar.

2o. Otro de los objetivos de la psicoterapia infantil es poder intervenir lo más pronto posible en el área del conflicto por medio del juego, de la palabra o de cualquier

otra técnica. Con ello se le demuestra al niño que se ha captado su problemática y que es necesario profundizar en ella. En este nivel se estudian las motivaciones inconscientes de la conducta y la interacción de la sintomatología con el medio familiar, y se explora a fondo la internalización del conflicto, es decir, la tendencia a repetir pautas de conducta que expresen problemas emocionales aunque no provengan de las fuentes de conflicto: familia, escuela, etc. Esto permite, además, evaluar la manera como repercute el síntoma en el desarrollo y en la personalidad del niño. En ciertos casos puede ser necesario intervenir en esta etapa en el medio ambiente del niño para modificar actitudes y orientar a los padres, pudiendo recomendarse, en ocasiones, la atención a la familia (por medio de cualquier técnica terapéutica) cuando la dinámica esté muy alterada y la reacción del niño sea saludable y su problema sea sólo el indicador de un conflicto intrafamiliar.

3o. Identificar las resistencias y los mecanismos de defensa del niño, sobre todo al establecer la relación, para que no se refuercen debido a una intervención precoz que podría crearle angustia suplementaria. Es entonces cuando la intervención puede ampliarse por medio de técnicas complementarias de intervención en la familia, en la escuela o en la comunidad. En otras ocasiones puede identificarse en esta etapa un elemento aislado del problema en algún área que requiera emplear una técnica especializada (por ejemplo, terapia de lenguaje, de educación especial, de psicomotricidad). El terapeuta debe tener en cuenta que el síntoma, como señala Kanner (12), es sólo el “boleto de entrada”, es decir, que en el momento en el que el niño es llevado a consulta, el síntoma es la manifestación externa de una problemática que tiene un cierto valor dinámico dentro de la economía afectiva de la familia y que ha tenido una evolución en el tiempo y en el espacio de las relaciones familiares. Esto es, debe dársele al síntoma su significado actual dentro del contexto no sólo familiar, sino terapéutico, y proyectarlo dentro de una línea del desarrollo (9) que corresponda a la edad y al medio sociocultural del niño y de su familia, para prever su evolución futura.

En los casos de psicosis y de carencias afectivas puede llevarse a cabo en este nivel una intervención farmacoterapéutica a largo plazo; además, pueden emplearse también métodos de terapia ambiental, o recurrir al hospital de día y a la escuela especializada.

4o. La psicoterapia en la que se analiza la resistencia y la transferencia es un método que implica el manejo no sólo del conflicto, sino de las motivaciones inconscientes; es generalmente a largo plazo y requiere de una relación de nivel profundo con un terapeuta entrenado en psicoanálisis, ya que éste representa la autoridad y es a él a quien se le transfieren las situaciones, los conflictos, las tendencias y las fantasías. Este nivel es el indicado en los casos de neurosis, de trastornos emocionales y de conducta en los que haya habido una internalización de conflictos, una interferencia en las relaciones del niño con la familia y la escuela o en los que el síntoma se haya vuelto refractario a otros tipos de terapia. Además, incluye el manejo de los padres y sus resistencias (15).

Técnicas de psicoterapia infantil

La edad es un factor determinante cuando se selecciona la técnica psicoterapéutica. M. Klein ha publicado casos

completos de psicoanálisis en niños (14). R. Diatkine y J. Simon publicaron un caso en el que el psicoanálisis se inició a los 3 años y medio (7). Sin embargo, es rara la intervención psicoterapéutica en el niño antes de los 4 años. A esta edad, la atención debe centrarse en la relación madre-niño o padre-niño. De los 4 a los 7 años, el juego es la técnica más adecuada para comunicarse con el niño. Según J. Anthony, en esta época los pensamientos y las cosas no se diferencian bien, y a los contenidos de la mente, tales como los sueños y las fantasías, se les da una existencia concreta (de ahí las reacciones tan intensas que puede tener un niño ante una pesadilla). Es la época en la que el antropocentrismo sitúa al niño en el centro mismo del universo, en la que el sol y la luna lo siguen literalmente. Es el mundo del animismo, del soliloquio y de la yuxtaposición de los pensamientos, aun de los contradictorios. En esta etapa se tiene muy poca relación social con otros niños; el niño se habla a sí mismo más que a los demás y su conversación parece un "monólogo colectivo" (2). Si la palabra (o lo interpretado) está ligada a una experiencia concreta del niño, se puede incluir la verbalización como complemento terapéutico.

Entre los 7 y los 12 años, la escolarización y el principio del período correspondiente a las operaciones intelectuales concretas en el sentido de Piaget (18), hacen que el universo infantil se abra a la realidad social representada por la escuela, y la interacción con otros niños empieza a ser una realidad en la cual los juegos van siendo cada vez más estructurados y la palabra empieza a ocupar un lugar importante en la comunicación. En esta etapa, la psicoterapia, aunque pueda utilizar el juego, se hace cada vez más verbal. Las fantasías, los sueños y los deseos del niño se emplean como material de la sesión. En esta época, la técnica de grupo ofrece buenas posibilidades terapéuticas.

Además de la edad y de las indicaciones arriba señaladas, las técnicas psicoterapéuticas deben tomar en cuenta los elementos psicodinámicos que se encuentran más frecuentemente en los niños. La agresividad, el rechazo, el manejo de los padres y la pérdida de objeto se encuentran descritos en otra publicación a la que remitimos al lector (17). La tolerancia a la frustración es baja en los niños con problemas emocionales y puede ser un elemento que interfiera con la terapia, por lo que es necesario aumentarla con técnicas accesorias a la psicoterapia, como la intervención en los momentos de crisis, aunque en estas etapas el establecimiento de la relación requiere de un cuidado especial para no aumentar la crisis. En ocasiones, los fármacos pueden auxiliar en el tratamiento para elevar el nivel de tolerancia a la frustración.

El manejo del oposicionismo del niño requiere del esfuerzo y de la capacidad del terapeuta para poder tolerar su propia frustración, así como del respeto a la intimidad del niño, evitando aliarse con su oposición y mucho menos reforzarla debido a una actitud de autoridad mal comprendida. No debe forzarse al niño a que exprese o a que verbalice en estos casos, pues se corre el riesgo de obtener el efecto contrario y reforzar la oposición. Por otro lado, se puede liberar la oposición por medios indirectos, sin luchar contra ella, invitando al niño a que juegue y por medio del juego exprese los sentimientos que el terapeuta le refleje. Esta invitación puede no ser verbal; con frecuencia basta con mostrarle los materiales de juego para que inicie una situación lúdica. También se puede lograr

esto si el terapeuta lo "pone en situación" por medio de un relato o de un cuento en el que se expresen conflictos similares a los del niño, pero aplicados a otras personas o personajes de historietas, con la idea de que el niño se "enganche" a una de las escenas o imágenes propuestas y por medio de ella se libere la oposición y el niño enseñe, por lo menos parcialmente, una parte de sí mismo.

Hay muchos otros factores dinámicos que se manejan en la psicoterapia infantil, cuya exposición rebasa los límites de este trabajo; solamente señalaremos que la elección de la técnica se hace en psiquiatría infantil según el diagnóstico, y depende del grado de la patología, de las oportunidades psicoterapéuticas disponibles (ya sea que se trate de un caso atendido en un medio hospitalario, en un centro de salud, en una clínica de conducta o en la consulta privada). El psiquiatra tiene que evaluar los casos, utilizar su relación con el niño para profundizar el diagnóstico, complementar la farmacoterapia, orientar a los padres y, con frecuencia, realizar una intervención psicoterapéutica a corto plazo. En todos los casos debe tener en cuenta las técnicas especializadas de diagnóstico y tratamiento, así como los niveles clásicos de intervención psicoterapéutica:

1o. El nivel de alianza terapéutica o de establecimiento de la relación es útil para el manejo sintomático del caso.

2o. El nivel de relación trasfereencial es en el que se analiza la internalización de los conflictos, la repercusión de los conflictos familiares en la mente infantil y en el que se tratan los elementos dinámicos ya señalados: pérdida de objeto, agresividad, nivel de tolerancia a la frustración, rechazo a los padres, etc.

3o. El nivel de psicoterapia psicoanalíticamente orientada, en donde se establece, además de la transferencia, el análisis de las resistencias y el análisis de la neurosis de transferencia. Este es útil en ciertos casos; requiere de la intervención del psicoanalista y de una motivación suplementaria tanto del niño como de sus padres. Para algunos autores, como R. Diatkine (6), es el tratamiento de elección en el niño prepsicótico, pero para otros, como Anna Freud (8), para el psicoanálisis infantil es necesario seleccionar los casos basándose no sólo en la neurosis infantil, sino también en el impacto que cause en el medio familiar la interferencia con el desarrollo infantil.

4o. El juego puede emplearse también como técnica de intervención psicoterapéutica de acuerdo con el caso o el síntoma de que se trate, para lo cual debe dársele el tipo de material de juego acorde a la edad del niño. El juego se convierte entonces en una "vía regia" para el conocimiento del inconsciente; sin embargo, deben tenerse presentes algunas de las limitaciones de los diversos tipos de juego que puede realizar el niño durante la sesión:

a) El juego "lúdico", es decir, jugar por jugar como expresión de libertad, que no refleja más que esta disposición inherente al ser humano, no es útil en la psicoterapia.

b) El juego como un medio de expresar los conflictos a través de los materiales de juego, en el que el niño se involucra con toda o parte de su personalidad para expresar, por ejemplo, el odio reprimido hacia el padre o la madre "pateando", "matando" o "enterando" a la marioneta del rey o de la reina. Es obvio que este tipo de juego es el más útil en la psicoterapia y es por este medio como el terapeuta puede hacerle tomar conciencia al niño del origen de sus sentimientos, especialmente si ha establecido una

alianza con la parte sana de su personalidad. Pero cada caso es distinto, dependiendo de la edad del niño, de su capacidad de simbolización y de la matriz sociocultural del juego como elemento significativo-significado de base, según ha sido descrito por J. Piaget (19). Las normas son las reglas del juego, y en los pilares de "Doña Blanca"* o en la "Caperucita Roja y el Lobo", además de lo que pueden significar para el adulto-terapeuta y para los autores que como E. Fromm (11) han interpretado cuentos infantiles, lo importante para la psicoterapia del niño es el contexto "jugado", "cuento" o "historieta", en los que el niño reproduce el significado-significado del cuento (tomado de la tradición sociocultural) en relación con su propia conflictiva y en los que, de acuerdo con su nivel de desarrollo, se agregan la simbolización formal producto del lenguaje y su capacidad para expresar sus sentimientos y sus conflictos.

c) El juego defensivo, monótono, repetitivo, aburrido y hasta cierto punto compulsivo, especialmente cuando el

* Juego infantil de México, que consiste en una ronda de niños en la cual un intruso o "jicotillo", trata de romper los lazos de unión de la rueda infantil para ver a una niña — "Doña Blanca" — que está al centro, rodeada y protegida por los demás niños.

niño tiene vergüenza de que el terapeuta "descubra" sus sentimientos (que en el fondo no es sino una resistencia a reconocer sus conflictos). Este tipo de juego no es útil y puede interferir en la terapia si no lo maneja bien el terapeuta, quien debe reconocer la resistencia y el momento oportuno para quitarla, darle la vuelta o simplemente dejarla evolucionar siempre y cuando esté consciente de que ese juego defensivo no permite aumentar el *insight* del niño.

En conclusión, en el nivel de intervención debe tomarse en cuenta, como cuando se trata del adulto, la gravedad del síntoma, el diagnóstico y el pronóstico, pero en el niño hay que tomar también en cuenta la repercusión de éstos en el proceso de individuación, ya que, como señala Anna Freud (8), cuando el psiquiatra o el psicoanalista de niños hace el diagnóstico, necesita estar familiarizado con la secuencia normal del desarrollo infantil tanto como lo está con los procesos neuróticos.

El autor desea agradecer la colaboración de la psicóloga Ma. Guadalupe Oñate Rivadeneyra por la elaboración de los resúmenes del presente artículo.

REFERENCIAS

1. AJURIAGUERRA J: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Toray Masson, Barcelona, 4a. ed. 1983.
2. ANTHONY J: Communicating Therapeutically with the Child. *Amer Acad of Child Psychiat* 3: 25-106, 1964.
3. AXLINE V: *Terapia de Juego*. Ed. Diana. México, 1978.
4. BELLAK L: *Esquizofrenia - Revisión del Síndrome*. Cap. XVI. Herder. Barcelona, 722-764.
5. BETTELHEIM B: *A Home for the Heart*. Ed. A. Knopf, Nueva York, 1974.
6. DIATKINE R: L'enfant prepsychotique. *Psychiat Enfant*, 12: 413-446, PUF, París, 1969.
7. DIATKINE R, SIMON J: *La Psychanalyse Précoce*. Presses Universitaires de France, París, 1972.
8. FREUD A: Indications for Child Analysis. *The Psychoanalytic Study of the Child*. Int Univ Press, Nueva York, 1: 127-149, 1945.
9. FREUD A: *Normalidad y Patología en la Niñez*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
10. FREUD S: Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En: *Obras Completas*. Vol. II, Cap. 7, Ed. Biblioteca Nueva, 2: 566-624. Madrid, 1948.
11. FROMM E: *El Lenguaje Olvidado*. Librería Hachette, S A Buenos Aires, 1974.
12. KANNER L: *Child Psychiatry*. C. Thomas ed. U S A. 1966.
13. KEITH C: The therapeutic alliance in child psychotherapy. *Amer Acad of Child Psychiat*, 31-43, 1968.
14. KLEIN M: Relato del psicoanálisis de un niño. En: *Obras Completas*. Tomo 5. Paidós, Buenos Aires, 1976.
15. LEBOVICI S, DIATKINE R, WASSEF R: L'action du psychiatre d'enfants auprès des parents. Problèmes posés par la psychothérapie infantile. En: *Sauvegarde de l'Enfance*. Vol. 6, 1951.
16. MACIAS-VALADEZ T G: El concepto de Medio Ambiente Terapéutico. *Salud Mental*, 8(3): 15-19, septiembre, 1985.
17. MACIAS-VALADEZ T G: Psicoterapia del niño y adolescente deprimidos. *Salud Mental*, 8(4): 3-7, diciembre, 1985.
18. PIAGET J: *Seis Estudios de Psicología*. Ed. Seix Barral. Barcelona, México, 1977.
19. PIAGET J: *La formación del Símbolo en el Niño*. Fondo de Cultura Económica. México, 1961.
20. WOLBERG L R: *The Technique of Psychotherapy*. Cap. 58. Grune and Stratton, 2a. ed. Vol. II, Nueva York, 1967.